ISSN 1560-4071

РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

2-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
2nd Global Educational Forum

«РОССИЙСКИЕ ДНИ СЕРДЦА»
Russian Cardiovascular Days

4–6 июня 2014г, Санкт-Петербург
4–6 June 2014, Saint-Petersburg

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА
ACCEPTED ABSTRACTS

№ 5 | 2014, приложение 1
№ 5 | 2014, Suppl. 1

Российское кардиологическое общество

2-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ

“РОССИЙСКИЕ ДНИ СЕРДЦА”

4–6 июня 2014, Санкт-Петербург

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Российский кардиологический журнал, 2014; 5 (109), приложение 1

001 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаев А. Х., Аляви А. Л., Садыкова Г. А., Туляганова Д. К., Вахабова Л. М.

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

Цель. Изучение эффективности дозированных физических нагрузок в комплексном лечении и реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Больные ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной ХСН I и II ФК (NYHA) (средний возраст 52,2±6,4 года) были разделены на 2 группы, в зависимости от ФК ХСН. Пациенты 1 группы (26) получали вторую степень, а 2-группы (27) 3-ю степень двигательного режима лечебной физической культуры (ЛФК) с учётом толерантности пациента к физическим нагрузкам (расслабление мышц, дыхательные статические и динамические упражнения с дозированным усилением нагрузки, тренировка диафрагмы и скелетных мышц грудной клетки) в комплексе с медикаментозной стандартной терапией. Для оценки эффективности определяли АД, ЧСС, ЧД, проводили пробы Генча и Штанге, ШОКС (модификация Мареева В. Ю., 2000), ЭКГ, Эхокг, ВЭМ и теста 6- минутной шаговой ходьбы. Тренировочный уровень определялся как сумма пульса покоя и 60% от его прироста при нагрузке.

Результаты. У больных ХСН, занимавшихся ЛФК со 2-й степенью двигательной нагрузки (щадящий тренирующий двигательный режим), по сравнению с исходными данными и группой контроля, выявлена тенденция к повышению двигательных возможностей, уменьшению одышки с 3 баллов до 2 баллов (с 3 баллов до 2,5 баллов в группе контроля), урежению ЧД, ЧСС, увеличению пороговой нагрузки с 51 до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. У пациентов, занимавшихся ЛФК с 3-ей степенью нагрузки (щадяще-тренирующий с переходом к тренирующему режиму), наблюдалось увеличение двигательных возможностей, уменьшение одышки при быстром подъеме по лестнице с 2 до 1 баллов при неизменности показателя в группе контроля. Увеличилась пороговая нагрузка с 101 до 150 Вт. Отмечено увеличение времени задержки дыхания с 14 сек. до 22 сек (с 14 сек. до 18 сек. в группе контроля) по данным пробы Генча, увеличение времени задержки дыхания с 30 сек. до 40 сек. (с 30 сек. до 35 сек. в группе контроля) по данным пробы Штанге. Оценка функционального состояния ХСН по шкале ШОКС выявило более быстрое и стабильное клиническое улучшение состояния пациентов 1-й группы, что подтверждалось усилением сократительной способности миокарда по данным исследования. Комплексная терапия с включением ЛФК у больных ХСН способствовала повышению показателей пройденного расстояния за 6 минут (в среднем на 8–13%), эффективности лечения и, соответственно, качества жизни больного. Комплексный подход с применением физических тренировок приводил к улучшению микроциркуляции в работающих мышцах и органах, увеличению легочной вентиляции, повышению толерантности к физическим нагрузкам, предупреждению осложнений.

Заключение. Таким образом, дозированную ЛФК, с учётом ФК ХСН и толерантности пациента к физическим нагрузкам, рекомендуется проводить пациентам на всех этапах реабилитации.

002 ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаева Ч. А., Камилова У. К., Расулова З. Д., Ибабекова Ш. Р., Сафаева Л. Ш.

Ташкентская медицинская академия, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение взаимосвязи процессов ремоделирования сердца и дисфункции эндотелия у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 103 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с ХСН. Все больные были разделены на три группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA): 1-ую группу составили 28 больных ХСН I ФК, 2-ую группу 46 больных II ФК и 3-группу — 29 больных III ФК по классификации NYHA. Эхокардиография (ЭхоКГ) и допплерография плечевой артерии проводилась на аппарате Medison 8000 LIFE (Южная Корея).

Результаты. С увеличением степени ХСН уменьшались ФВ ЛЖ и Fs, как основные показатели систолической функции левого желудочка (ЛЖ): у больных со II ФК ХСН отмечалось снижение ФВ на 21% ($p<0,001$), по сравнению с показателями ФВ больных с I ФК ХСН, что сопровождалось также уменьшением Fs на 22,8% ($p<0,001$), соответственно, по сравнению с показателями с I ФК ХСН. Прогрессирование ХСН сопровождалось у больных с III ФК ХСН увеличением дилатации ЛЖ, снижением сократительной способности миокарда ЛЖ — снижением ФВ на 35,1% ($p<0,001$). Изучение показателей дисфункции эндотелия, оцениваемые по результатам вазомоторной реакции ПА выявили что, у больных с I ФК ХСН систолическая скорость кровотока (Vs) в ПА была достоверно ниже на 19,6% ($p<0,01$), а диастолическая скорость (Vd) на 33,4% ниже в по сравнению с контрольной группой ($p<0,01$). Исходные показатели резистивного индекса Ri — отражающий состояние сопротивления кровотоку дистальнее места измерения у больных с I ФК ХСН был достоверно выше по сравнению с контрольной группой на 9,5%, а пульсативный индекс, косвенно отражающий тонус сосуда на — 13,9% ($p<0,01$). Анализ полученных результатов показал, что дисфункция эндотелия у больных ХСН была связана с прогрессированием заболевания и характеризовалась снижением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), выраженной парадоксальной вазоконстрикцией, которые были наиболее выражены у больных с III ФК ХСН: снижение систолической скорости кровотока составило 26,1%, диастолической — 57% ($p<0,001$), соответственно, по сравнению с контрольной группой. Отмечалось снижение и средней скорости кровотока на 34,8% по сравнению с данными здоровых лиц, составляя 36,7±1,49 см/с, соответственно. При этом ЭЗВД снизилась у 66% больных, у 28% отмечалась паталогическая вазоконстрикция и лишь у 4% больных ЭЗВД сохранялась в норме.

Заключение. Анализ полученных данных показал прямую корреляционную зависимость между показателями ФВ и ЭЗВД ($r=0,56$), отрицательную корреляционную зависимость с пульсативным ($r=-0,629$), резистивным ($r=-0,71$) индексами.

003 НЕОДНОРОДНОСТЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Абрамова О. В.

СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница", Санкт-Петербург, Россия

У больных не Q-формой инфаркта миокарда (ИМ) наблюдается более высокий кардиоваскулярный риск, в сравнении с пациентами, перенесшими Q-инфаркт. Прогноз внутри этой группы может быть разным в зависимости от характера поражения коронарного русла.

Цель. Изучение особенностей развития систолической дисфункции, как составляющей постинфарктного ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ), у пациентов с не Q-формой ИМ, своевременно прошедших интервенционное лечение, в зависимости от степени поражения коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Для изучения динамики нарушений локальной и глобальной сократимости в сопоставлении с про-

гнозом после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) без зубца Q было обследовано 36 пациентов, которым выполнялась коронарная баллонная ангиопластика со стентированием синдром-связанной артерии. По ангиографической картине были распределены в 2 группы: одно- и многососудистое поражение.

Результаты. Исходно на фоне заболевания показатели нарушений локальной сократимости у больных с различным поражением коронарных артерий значимо не отличались. Так, например, ИЛС составил 1,18±0,03 в обеих группах; p<0,05. Через год после ИМ было выявлено восстановление локальной сократимости у пациентов однососудистым поражением коронарных артерий (ИЛС был равен в среднем 1,05±0,02; p<0,05). У пациентов с заболеванием двух и более сосудов нарушения локальной сократимости прогрессировали (средние значения ИЛС составили 1,20±0,04; p<0,05). Схожая динамика была и по ППМ. Анализ глобальной сократимости ЛЖ показал, что значимого снижения фракции выброса (ФВ) ЛЖ у пациентов обеих групп не было. Однако через год отчетливая положительная динамика у пациентов с однососудистым поражением (увеличение ФВ с 57±1% в до 62±1%; p<0,05), в то время как при многососудистом поражении КА достоверной динамики выявлено не было (с 53±1% до 55±2%; p<0,05). По изучаемым объемам и размерам ЛЖ в диастолу также выявлена отчетливая положительная динамика с выраженным их уменьшением у пациентов с поражением одной коронарной артерии, а при поражении двух и более сосудов исследуемые показатели не изменялись.

Заключение. Таким образом, у пациентов не Q-формой ИМ на фоне однососудистого поражения КА при своевременной реваскуляризации не происходит развития постинфарктного ремоделирования и, в совокупности с отсутствием неблагоприятных кардиологических событий в течение года, эта группа является благоприятной по течению постинфарктного периода. В группе пациентов с многососудистым поражением КА, несмотря на проведенное лечение, наблюдалось закономерное развитие постинфарктного ремоделирования ЛЖ, что в сочетании с наличием неблагоприятных клинических исходов, требует решения вопроса о дальнейшей полной реваскуляризации миокарда в ближайшие сроки у таких пациентов.

004 ВАРИАНТЫ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ

Абрамова О. В.
СПб ГБУЗ “Елизаветинская больница”, Санкт-Петербург, Россия

Выраженность постинфарктного ремоделирования, как предиктора неблагоприятных кардиологических событий впоследствии, зависит от формы инфаркта миокарда и характера поражения коронарного русла.

Цель. Изучить варианты развития систолической дисфункции, как составляющей постинфарктного ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ), у пациентов после первичной коронарной ангиопластики при различных степенях поражения коронарных артерий (КА) и формах инфаркта миокарда.

Материал и методы. Для изучения динамики нарушений локальной и глобальной сократимости в сопоставлении с прогнозом был обследован 141 пациент после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), которым выполнялась коронарная баллонная ангиопластика со стентированием синдром-связанной артерии. На основании электрокардиографических и ангиографических данных пациенты были распределены на 4 группы: с Q-формой ИМ и не-Q-формой ИМ на фоне однососудистого и многососудистого поражения КА.

Результаты. Анализ данных показал замедленное восстановление локальной и глобальной сократимости у пациентов с Q-формой ИМ в независимости от характера поражения коронарного русла. У этих пациентов площадь пораженного миокарда (ППМ) при поражении одного сосуда уменьшилась с 16±1 до 13±2; p<0,05. Фракция выброса (ФВ) через год не увеличилась. При многососудистом поражении ППМ — без динамики: исходно и через год 18±1%; p<0,05; ФВ несколько возросла (с 52±1% до 55±2%; p<0,05). У пациентов не-Q-формами ИМ на фоне многососудистого поражения через год наблюдения происходит прогрессирование нарушений локальной и глобальной сократимости. ППМ увеличилась с 11±2% до 14±1%; p<0,05, ФВ без значимой положительной динамики. У пациентов с не-Q-формой ИМ, но на фоне однососудистого поражения КА систолическая функция восстанавливается полностью и прогрессирования ИБС не происходит. Исходно более выраженная, чем при многососудистом поражении, ППМ через год значимо уменьшилась (с 13±2% до 3±2%; p<0,05). Глобальная систолическая функция, оцениваемая по ФВ также с положительной динамикой (увеличение с 57±1% в до 62±1%; p<0,05).

Заключение. Анализ данных и исходы показывают, что у пациентов с не-Q-формой ИМ на фоне многососудистого поражения постинфарктное ремоделирование более выражено и пациенты этой группы требуют решения вопроса о полной реваскуляризации в ближайшие сроки. Пациенты с Q-формой ИМ и поражением двух и более КА более терпимы по срокам для дальнейшей реваскуляризации. Пациенты с Q-формой ИМ на фоне однососудистого поражения, несмотря на полную реваскуляризацию миокарда, имеют необратимые нарушения локальной и глобальной сократимости и требуют дальнейшего наблюдения кардиолога со своевременной коррекцией терапии. Постинфарктного ремоделирования не развивается у пациентов с не-Q-формой ИМ на фоне однососудистого поражения, что свидетельствует о необходимости раннего выявления ИБС и своевременного проведения мероприятий для предупреждения прогрессирования ИБС и ее осложнений.

005 МОНИТОРИНГ ТРЕНДА $P_{ET}CO_2$ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ

Агеева К. А., Абросимов В. Н.
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Шаговые нагрузочные тесты используются для определения толерантности к физической нагрузке у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Широко распространен тест 6-минутной ходьбы (6MWT). Одышка является одной из наиболее частых причин остановки пациентов во время выполнения шаговых нагрузочных тестов.

Уровень давления CO_2 ($P_{ET}CO_2$) является константой, интегрально отражающей деятельность системы внешнего дыхания. Поэтому, для объективизации причин одышки рекомендуется применение нагрузочных проб с газовым анализом для качественной и количественной оценки реакции и взаимодействия сердечно-сосудистой и дыхательной систем во время выполнения физической нагрузки.

Цель. Изучить особенности изменений $P_{ET}CO_2$ в процессе выполнения 6MWT у больных ХСН.

Материал и методы. Обследовано 45 пациентов с диагнозом ХСН II А ст II–IV ФК по NYHA, возраст 58±6,24 года. Проводился стандартный тест 6-минутной ходьбы. Была произведена оценка одышки по шкале Borg, визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Проанализирована динамика жалоб больного (одышка, слабость в ногах, сердцебиение, боли в сердце), объективные данные (АД, пульс, ЧДД). Проводилась регистрация капнограммы с помощью капнографа–пульсоксиметра LifeSense LS1–9R: до, во время, после выполнения 6MWT и в восстановительном периоде.

Результаты. При регистрации капнограммы в покое у больных наблюдались следующие показатели $P_{ET}CO_2$: у больных с ХСН II ФК (n=18, 40%) уровень $P_{ET}CO_2$ составил 38,4±2,34 мм рт.ст., у больных с III ФК (n=22, 48,9%) — $P_{ET}CO_2$ 34,5±2,62 мм рт.ст., у IV ФК (n=5, 11,1%) — $P_{ET}CO_2$ 32,6±1,84 мм рт.ст. Тест 6MWT выполнили все больные. Расстояние, пройденное пациентом за 6 минут, у больных с ХСН II ФК (n=18, 40%) составило 390±20,56 м, у III ФК (n=22, 48,9%) 284±17,24 м, у IV ФК

(n=5, 11,1%) 140±3,5 м. При этом у всех больных во время выполнения нагрузки наблюдалось снижение $P_{ET}CO_2$. После выполнения 6MWT у пациентов наблюдались следующие показатели $P_{ET}CO_2$: у больных с ХСН II ФК уровень $P_{ET}CO_2$ составил 33,34±2,51 мм рт.ст., у больных с III ФК $P_{ET}CO_2$– 31,75±2,89 мм рт.ст., у IV ФК $P_{ET}CO_2$–28,8±1,32 мм рт.ст. Во время выполнения 6MWT основной причиной остановки указали одышку 33 пациента (73,3%, p=0,034). При анализе тренда $P_{ET}CO_2$ у данных больных наблюдались признаки периодического дыхания. Сильная корреляционная взаимосвязь выявлена между показателем $P_{ET}CO_2$ и выраженностью одышки (r=0,74, p<0,05), между показателем $P_{ET}CO_2$ и расстоянием, пройденным за 6 минут (r=0,72, p<0,05).

Заключение. Таким образом, применение капнографии позволяет расширить диагностическую значимость теста 6-минутной ходьбы, углубляет вирификацию одышки у больных хронической сердечной недостаточностью.

006 НИЗКОПОТОЧНАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕВОФЛЮРАНА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т. С., Салиходжаев Ш. Н., Файзиев О. Я., Юсупов А. С., Нурмухамедов Х. К., Тохиров Ш. М., Углонов И М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан

Одним из приоритетных направлений в ингаляционной анестезии является низкопоточная анестезия (low flow anesthesia-LFA-1,0л/мин) в кардиохирургии. На современном уровне развития кардиоанестезиологии для обеспечения анестезиологической защиты пациентов, во время проведения оперативного вмешательства, необходим мониторинг функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС).

Цель. Сравнительная оценка эффективности анестезии с применением севофлюрана на восстановление функций ЦНС после кардиохирургических вмешательств с минимальным газотоком (LFA),

Материал и методы. Пациенты зависимости от метода вводного наркоза пациенты (36) с врожденными пороками сердца (ВПС), в возрасте 3–7 лет, были разделены на 2 идентичные группы. Индукция проводилась в первой группе (20) использовался севофлюран (“Ультан”, фирма “Abbott”, США) и фентанил (2,5 мкг/кг); во второй группе (16) — пропофол и фентанил (2,5 мкг/кг), ингаляционная анестезия осуществлялась способом по полузакрытому циркуляционному контуру с низким газотоком (0,5 л/мин) 100% кислород+севофлюран. Дыхательный аппарат Fabius (Drager), в режиме нормовентиляции (LFA), кислородно-воздушной смесью 40%. Полученные данные обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 5,5 Stat Soft, Inc, с вычислением средней арифметической величины (M), средней ошибки (m), все цифровые данные представлены как M±m.

Результаты: Время ингаляции препарата до достижения физиологических норм ЭЭГ составило 3,2±0,5 мин, при использовании пропофола 3,3±1,0 мин. В дозе 1,2 об.% при индукции севофлюран обладает выраженным гипнотическим, но слабовыраженным анальгетическим эффектом, что требует совместного введения фентанила. Период пробуждения характеризовался преимущественной эффективностью у пациентов 1 группы, с незначительным увеличением мозгового кровотока и внутричерепного давления, что нивелировалось умеренной гипервентиляцией. Данные ЭЭГ подтверждают, что к еще одним положительным свойствам севофлюрана относится снижение потребности головного мозга в кислороде. Определяемые показатели у пациентов 2 группы заметно отставали в интенсивности появления физиологических рефлексов, корректировки гемодинамики, восстановления уровня сознания. Соответственно, в обеих группах снижение ударного объема (УО) на 9,3% и на 9,1%, показателя АДср на 4,6% и 4,2%, СИ — на 14,3% и 11,4%, повышение общего периферического сопротивления (ОПСС) на 5,7% и 5,9%, соответственно.

Заключение. Низкопоточная анестезия с LFA является безопасной методикой ингаляционной анестезии у детей. Положительность влияния на мозговой кровоток, раннее восстановление когнитивных рефлексов, в ПП рекомендательны в детской кардиоанестезии.

007 ДЕКОМПЕСАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Агова О. М., Соколов И. М.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

Цель. Изучить распространенность, этиологию, частоту повторных госпитализаций, оценить контрактильную функцию сердца у больных с хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне коморбидных состояний.

Материал и методы. В исследование включено 86 больных (46 мужчин, 40 женщин), средний возраст — 64,1±9,8 лет с ХСН с фракцией выброса (ФВ) <50%. Структура больных по степени функциональных нарушений, определяемых по функциональному классу (ФК) ХСН, составила: II ФК — 4,5%, III ФК –89%, IV ФК — 6,5%. Для оценки функционального статуса использовался 6-минутный тест ходьбы. Была выделена группа пациентов с повышенным индексом массы тела: 12 (35,9%) — 1 степень ожирения, 20 (50%) — ожирение 2 степени, 6 (14,1%) пациентов с ожирением 3 степени. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле MDRD.

Результаты. Исследование этиологии ХСН показало, что самой частой причиной было сочетание артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) — 76 (89,2%), у 27 (31,3%) — ИБС, постинфарктный кардиосклероз, у 62 (71%) ИБС осложнялась нарушениями ритма. Наиболее распространенной аритмией была фибрилляция предсердий. У 6 (6,9%) пациентов была выявлена пневмония. В обследуемой группе было выявлено 25 (56%) пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Следует отметить, что 14 (89,7%) пациентов с сахарным диабетом имели повышенный индекс массы тела. У 9 (10,4%) пациентов выявлена дисфункция печени, что проявлялось повышением уровня общего билирубина и трансаминаз. У абсолютного большинства пациентов данная госпитализация была повторной. У 5 (5,86%) пациентов уровень регоспитализации не превышал 30 дней, 19 (22%) — 90 дней, 29 (33,7%) — 180 дней, а 20 (23,2%) — многократно. В группе пациентов с повышенным индексом массы тела и ХСН превалировала клинически выраженная сердечная недостаточность (III ФК — 60%; IV ФК — 14%), продолжительность госпитализации составляла 14–16 койко-дней. Больные без коморбидной патологии имели более благоприятное клиническое течение: доминировали II и III ФК (39 и 55%, соответственно), реже IV ФК — 3,5%, продолжительность госпитализации 12–14 дней.

Заключение. Проведенное исследование позволило выявить у больных ХСН на фоне коморбидных состояний более тяжелое клиническое течение сердечной недостаточности. Острая декомпенсация недостаточности кровообращения является частой причиной как первичной, так и повторной госпитализации пациентов. Коморбидность пациентов, в том числе метаболические расстройства, приводит к прогрессированию ХСН, ограничивает возможность применения некоторых лекарственных средств, что сказывается на терапии основного заболевания, продолжительности и частоте госпитализаций.

008 ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Агова О. М., Семенова О. Н., Соколов И. М.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

Цель. Оценить приверженность к медикаментозной терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне коморбидных состояний.

Материал и методы. В исследование включено 100 больных (60 мужчин, 40 женщин), средний возраст — 64,1±9,8 лет, с ХСН < 50%. Структура больных по степени функциональных нарушений, определяемых по функциональному классу (ФК) ХСН, составила: II ФК — 4,5%, III ФК — 89%, IV ФК — 6,5%. Для оценки функционального статуса использовался 6-минутный тест ходьбы. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Charlson, в соответствии с которым больные были разделены на 3 группы: 1 группа (высокая коморбидность, индекс >6 баллов) — 45 больных, 2 группа (умеренно выраженная коморбидность, индекс 4–5 баллов) — 39 больных, 3 группа (низкая коморбидность, индекс <3 баллов) –16 больных. Приверженность к лечению оценивали при помощи анкетирования и интервьюирования.

Результаты. Исследование этиологии ХСН показало, что самой частой причиной было сочетание артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) — 89,2%. В обследуемой группе хронической болезнью почек (ХБП) страдали 56 (56%) больных.

В группе пациентов с ХБП и ХСН превалировала клинически выраженная сердечная недостаточность (III ФК — 60%; IV ФК — 14%). Индекс коморбидности Charlson составил 4,9+-1,6. Больные с ХСН наиболее привержены к приему бета-адреноблокаторов (68,9% больных следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно), антиагрегантов (65% больных следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно) и сердечных гликозидов (62,3% больных следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно). Пациенты с ХСН наименее привержены к приему диуретиков (24,1% больных следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно) и статинов (18,7% больных следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно). Исследование показало, что удовлетворительная приверженность к лечению наблюдается у 35 (35%) пациентов с ХСН. Больные с ХСН и высокой коморбидностью принимают большее количество препаратов, чем больные с ХСН с низкой и умеренно выраженной коморбидностью (4,9+_1,7 и 4,2+_1,8 соотв., p III–II=0,01; 4,9+_1,7 и 4,3+_1,7 соотв., p III–I=0,03).

Заключение. Проведенное исследование позволило выявить, что только 35% больных ХСН в условиях коморбидности привержены к лечению. В связи с распространенностью коморбидных состояний у пациентов с ХСН неизбежна полипрогмазия, что также ухудшает приверженность к терапии больных с недостаточностью кровообращения.

009 КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Адилова Л. Р., Тюлькина Е. Е., Ляшко Е. С., Шифман Е. М., Лапочкина О. Б.

Московский Государственный Медико-стоматологический Университет им. А. И. Евдокимова, Российский Университет Дружбы Народов, ГКБ № 15 им. О. М. Филатова, Москва, Россия

Хирургическая коррекция врожденных и приобретенных пороков сердца позволили значительному числу женщин выполнить свою репродуктивную функцию. Механические клапаны имеют высокую долговечность, однако, все они тромбогенны и требуют пожизненного применения антикоагулянтов для предотвращения тромбоэмболических осложнений. Беременность представляет собой новую проблему в этой группе пациентов.

Цель. Изучить кардиологические осложнения у беременных с механическими протезами клапанов сердца.

Материал и методы. В родильном доме ГКБ № 15 им. О. М. Филатова в период с 2010г по 2013г были родоразрешены 16 беременных с механическими протезами клапанов сердца. У 9 из них был протезирован аортальный клапан, у 7-митральный клапан. 9 женщинам было произведено протезирование клапана по поводу врожденного порока сердца, 3-по поводу инфекционного эндокардита, 1- по поводу дисплазии соединительной ткани, 3- по поводу ревматического порока сердца. Средний возраст женщин составил 28±10 лет. Среди наших пациентов схемы антикоагулянтной терапии были следующими: 10 пациенток получали варфарин до 4–5 недель беременности, с 5 по 13 неделю получали низкомолекулярные гепарины (НМГ), с 13 недель- варфарин, а после 36 недель — варфарин был заменен на гепарин. 6 пациенток на протяжении всей беременности получали пероральные антикоагулянты (варфарин, фенилин) с заменой на НМГ перед родоразрешением. Все женщины были родоразрешены путем операции кесарево сечение.

Результаты. У 2 беременных на фоне приема фраксипарина в первом триместре и у 2 пациенток в раннем послеродовом периоде был выявлен тромбоз протезированного клапана. Пациентки находились на стационарном лечении, была произведена смена антикоагулянтного препарата на пероральные, после чего при динамической эхокардиографии (Эхо-КГ) была регистрирована положительная динамика, отсутствие наложений на протезе клапана. У 1 пациентки на Эхо-КГ было выявлено дополнительное эхо-образование в области опорного кольца протеза аортального клапана в третьем триместре. Учитывая отрицательную динамику (появление болей за грудиной в покое, нарастание одышки), высокий риск для жизни матери, решено было досрочно родоразрешить на сроке беременности 32–33 недели путем операции кесарево сечение. После оперативного родоразрешения пациентка была переведена в кардиохирургическое отделение для репротезирования клапана.

Еще у 2 беременных была выявлена парапротезная фистула. Проводился тщательный контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы, учитывая отсутствие отрицательной динамики, женщины были родоразрешены путем операции кесарево сечение на доношенном сроке.

Заключение. Течение беременности у женщин с механическими протезами клапанов сердца связано с высоким риском осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы матери. Ведение беременности и родов у женщин с протезированными клапанами является одной из самых тяжелых задач и должно осуществляться совместно акушерами-гинекологами и кардиологами.

010 ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ВЗАИМОСВЯЗИ

Акимова Е. В., Каюмов Р. Х., Загородных Е. Ю., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.

Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ "НИИ терапии и профилактической медицины" СО РАМН, ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН), Новосибирск, Россия

Цель. Установить ассоциации распространенности метаболического синдрома (МС) с высоким уровнем депрессии в открытой популяции у мужчин 25–64 лет среднеурбанизированного сибирского города.

Материал и методы. Исследование проводилось на репрезентативной выборке, сформированной из избирательных списков среди лиц мужского пола 25–64 лет одного из административных округов г. Тюмени. В рамках кардиологического скрининга были изучены ассоциации распространенности метаболического синдрома с высоким уровнем депрессии, которая изучалась с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Для оценки МС использованы критерии метаболического синдрома IDF (2005) — абдоминальное ожирение (АО): окружность талии (ОТ) ³94 см для мужчин европейской расы плюс 2 из следующих критериев:

содержание триглицеридов (ТГ) ³1,7 ммоль/л, содержание холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) <1,0 ммоль/л + гиполипидемическая терапия, артериальное давление (АД) ³130/85 мм рт. ст. или предшествующая антигипертензивная терапия, гликемия ³5,6 ммоль/л или наличие сахарного диабета (СД) типа 2. Взаимосвязь высокого уровня депрессии с МС оценивалась с помощью расчета отношений шансов (ОШ) и их 95% доверительных интервалов.

Результаты. Распространенность депрессии у мужчин 25–64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири составила (стандартизованный по возрасту показатель): 4,6% — высокий уровень, 19,0% — средний уровень. С увеличением возраста отмечался рост высокого уровня депрессии, который достигал своего максимума в группе 55–64 лет. В открытой популяции у мужчин 25–64 лет и в старшей возрастной категории 55–64 лет высокий уровень депрессии выявлялся существенно чаще у лиц с наличием метаболического синдрома. Установлена ассоциация высокого уровня депрессии с комбинацией компонентов метаболического синдрома: сочетание абдоминального ожирения, гипертриглицеридемии и гипохолестеринемии липопротеидов высокой плотности (отношение шансов 13,13).

Заключение. Следовательно, эпидемиологические критерии психосоциальных факторов риска, в частности, депрессии, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, необходимо использовать при профилактических осмотрах мужского населения и отборе лиц трудоспособного возраста с наличием метаболического синдрома.

011 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Акулова О. А.
ТюмГМА, Тюмень, Россия

Эпидемиологическое мониторирование, сравнительные медицинские исследования между различными популяциями чрезвычайно востребованы, поскольку они позволяют не только оценить и сравнить уровень медико-демографических показателей, но и являются основанием для создания эффективных лечебно-профилактических программ, способствуют совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией.

Цель. Сравнить уровни летальности от острого инфаркта миокарда (ИМ) у городских и сельских жителей в популяции Курганской области в период с 1996 по 2012 гг.

Материал и методы. Использовались данные областного "Регистра острого инфаркта миокарда", созданного на базе ГБУ "Курганский областной кардиологический диспансер", который содержит информацию о каждом случае ИМ (определенного и возможного), о количестве смертельных исходов в течение 28 дней после ИМ. Для сравнения уровней летальности в городских и сельских поселениях использовался метод косвенной стандартизации, за стандарт принят половозрастной состав городского населения области первого года исследования (1996г). Сведения о численности и составе населения области получены в Областном Бюро статистики. При анализе использовалась программа Statistica 6.0, оценка статистической значимости различий проводилась с применением парного критерия Стьюдента (t).

Результаты. Всего в области зарегистрировано 23077 случаев ИМ, из них в городских поселениях — 13989 случаев, в сельских — 9088. Из числа всех ИМ в течение 28-дней зарегистрировано смертельных исходов в городе- 1774, в селе- 1620; общий средний показатель 28-дневной летальности составил 12,7% (95%ДИ:9,3;15,7) и 17,8% (95%ДИ:12,5;21,9) в городских и сельских поселениях, соответственно. После проведения стандартизации сравниваемых совокупностей пациентов, средняя 28-дневная летальность в городе составила 14,6% (95%ДИ: 10,5;18,9), в селе 22,5% (95%ДИ:14,7;30,3), различия статистически значимы (95%ДИ: 9,558;6,724, p<0,001). Относительная 28-дневная летальность в селе по сравнению с городом составила 1,55 (95%ДИ:088;2,16, p<0,001), что соответствует 1873 избыточным случаям смерти. Наблюдались значительные флюктуации показателя относительной 28-дневной летальности в разные годы, с сохранением общей тенденции: преобладание относительного риска летальности для сельских жителей с 1,11 [95%ДИ:0,74;1,29] в 2000 г. до 2,04 [95%ДИ: 1,01;2,47] в 2004 г. (p<0,001). При сравнении уровней летальности в первый и крайний годы наблюдения выявляется недостоверное увеличение в селе с 22,3% в 1996 г. до 27,2% в 2012 г. (95%ДИ:-2,429;0,554, t= –1,49, p=0,181), в городе — с 11,2% в 1996 г. до 17,6% в 2012 г. (95%ДИ:-2,928;0,835, t= –1,32, p=0,230).

Заключение. Между городскими и сельскими жителями выявлены статистически значимые различия в уровнях летальности от инфаркта миокарда в остром периоде, что должно способствовать поиску новых и совершенствованию старых программ в организации системы оказания медицинской помощи сельскому населению.

012 ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Александров С. С., Тищенко В. И., Александров С. А., Аникин В. В.
ГБОУ ВПО "Тверская ГМА" Минздрава России, Тверь, Россия

Одним из актуальных и вместе с тем далеко неоднозначных путей изучения может быть оценка участия недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в патогенезе внезапной сердечной смерти (ВСС).

Цель. Оценить характер морфологических изменений при ВСС у лиц с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы. По данным ГУ "Тверское областное бюро судебно-медицинской экспертизы" за 6 лет был выделен массив из 292 случаев ВСС у лиц, умерших в возрасте до 40 лет, имевших признаки НДСТ (мужчин — 246, средний возраст 32±0,2 года; женщин — 46, средний возраст 36±0,4 лет). Для постановки диагноза использовали номенклатуру и критерии, рекомендованные экспертным комитетом ВОЗ. Морфологически изучались: положение, форма, размеры сердца и крупных сосудов; длина, ширина, толщина стенок сердца и его масса; диаметр сосудов и клапанных колец. Оценке подвергалось состояние эластического каркаса магистральных сосудов, створок клапанов и хордальных нитей. Во всех случаях при исследовании трупов изучалось состояние других органов и тканей.

Результаты. Среди причин ВСС у лиц с НДСТ доминировали фатальные нарушения ритма сердца (43%), в том числе при передозировке наркотических средств (8%), острая коронарная недостаточность (36,5%), в том числе при количествах этанола в крови не более 1,5‰ (12%). В остальных случаях были выявлены: разрыв аневризмы аорты (n=16), в том числе, с расслоением стенки (n=14); разрывы аневризм мозговых артерий (n=13); тромбоэмболия легочной артерии (n=12); тромбоэмболия сосудов головного мозга при инфекционном эндокардите (n=3); острая травматическая митральная недостаточность (n=2). Малые аномалии сердца обнаружены у 65,6% умерших. Чаще всего встречались аномальные расположенные хорды и трабекулы (52%), пролабирование и асимметрия створок митрального и трикуспидального клапанов (35,9%), фенестрация их створок (12,8%). Аномалии коронарных артерий обнаруживались в одной трети случаев ВСС в виде смещения устьев в плоскости, единственной коронарной артерии, мышечных мостиков, артериовенозных фистул и общих устьев коронарных артерий. При гистологическом исследовании стенок аорты и легочного ствола в случаях расширения их диаметра отмечалось заметное истончение и разрежение внутренней эластической мембраны, разволокнение эластических волокон и уменьшение их количества, с замещением на коллагеновые. Микроскопически в неравномерно утолщенных и провисающих створках левого и правого предсердно-желудочковых клапанов выявлялись очаги миксоматоза в субэндо-

телии, а в эластическом и фиброзно–эластическом слоях отмечена фрагментация и неравномерное распределение эластических и коллагеновых волокон.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о системном вовлечении соединительной ткани в процесс формирования изменений, предшествующих наступлению ВСС. Дальнейшее изучение роли наследственных нарушений соединительной ткани с выявлением контингентов высокого риска фатального исхода предполагает использование достижений молекулярной генетики, направленных на поиск независимых эффектов генетических факторов в формировании риска ВСС.

013 ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИСХОДНО СНИЖЕННОЙ СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

Алексеева М. А., Миролюбова О. А., Яковлева А. С., Плотникова Е. В.

ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет", Архангельск, Россия

Цель. Проанализировать динамику почечной функции в раннем послеоперационном периоде после АКШ без искусственного кровообращения (ИК) у пациентов с исходной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) меньше 60 мл/мин/1.73 м^2.

Материал и методы. В исследование включены 141 пациент, 73% были мужчины. Средний возраст составил 59,2±7,3 года. В исследование не включались пациенты с острым повреждением почек (ОПП) до операции, с предшествующей трансплантацией почек или с 5 стадией хронической болезни почек (ХБП). Всем пациентам была выполнена изолированная операция АКШ на работающем сердце без ИК в ГБУЗ Архангельской области "Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич", медиана количества шунтов у одного больного — 3 (Q_{25}–2; Q_{75}–3). В раннем послеоперационном периоде определена частота ОПП по классификации RIFLE: R — risk, I — injury, F — failure, L — loss, E — end-stage chronic kidney disease. СКФ рассчитывалась по двум формулам: MDRD и CKD-EPI. Среди пациентов по формуле CKD-EPI было 120 человек (группа 1) с СКФ > 60 мл/мин/1.73 м^2 и 21 пациент (группа 2) — с СКФ < 60 мл/мин/1.73 м^2. Группы не различались по возрасту и полу, количеству наложенных шунтов, частоте сопутствующих заболеваний, индексу массы тела, дооперационному уровню холестерина и эхокардиографическим характеристикам функционального состояния сердца. Данные представлены как M±SD.

Результаты. Частота ОПП не различалась в исследуемых группах (13,3% в группе 1 и 9,5% — в группе 2, p=0,629). СКФ до операции составила в группе 1–89,3±23,1 мл/мин/1.73 м^2, в группе 2–48,2±7,8 мл/мин/1.73 м^2. Через сутки после операции СКФ в группе 1 была 85,7±27,8 мл/мин/1.73 м^2, в группе 2–70,7±41,0 мл/мин/1.73 м^2. Методом повторных измерений установлено значимое влияние фактора времени на динамику СКФ (p=0,023) и влияние фактора сниженной СКФ до операции на эту динамику (p=0,002): у пациентов группы 2 произошло значимое увеличение СКФ на 22,3 (95%ДИ 4,3; 40,7) мл/мин/1.73 м^2, (p=0,002), в то время как в группе 1 СКФ не изменилась (p=0,252). Динамика сывороточного креатинина (сКр) также была различной в группах сравнения: в группе 1 исходный уровень сКр составил 77,3±16,4 мкмоль/л, через 48 час — 82,4±19,3 мкмоль/л, в группе 2 — до операции 125,0±25,9 мкмоль/л, через 48 час — 100,6±36,4 мкмоль/л (p<0,001). Динамика систолической функции левого желудочка была однотипной в обеих группах — значимое повышение фракции изгнания (ФИ) через 7 суток после операции по сравнению с исходным значением (p<0,001): до операции в группе 1 ФИ составила 57,0±9,0%, в группе 2–56,0±10,5%, после операции — 60,6±9,1%, и 61,5±7,3%, соответственно.

Заключение. Отмечена положительная динамика почечной функции в раннем периоде после АКШ без ИК у пациентов с исходной СКФ меньше 60 мл/мин/1.73 м^2. Систолическая функция левого желудочка также улучшилась. Техника "Off-pump" (АКШ без ИК) предпочтительна для пациентов с исходно сниженной СКФ.

014 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ И ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ИХ К САМООРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Алексеенко С. Н., Дробот Е. В.

ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет министерства здравоохранения России, Краснодар, Россия

Цель. Изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у студентов и оценить готовность их к самоорганизации здорового образа жизни.

Материал и методы. Проведено добровольное анкетирование 151 студента Кубанского государственного медицинского университета в возрасте от 22 до 28 лет (средний возраст 23,3±3,3 лет) с целью выяснения наследственной отягощённости по ССЗ, наличия вредных привычек, оценки двигательной активности, характера питания. По опроснику оценивали риск развития дислипидемий с дальнейшим расчётом профилактического индекса диеты (ПИД). У всех респондентов определяли скрининговые антропометрические данные. Готовность студентов к модификации образа жизни оценивалась по специально разработанной анкете.

Результаты. Распространённость наследственной отягощённости по сердечно-сосудистым заболеваниям, включая инфаркт миокарда, мозговые инсульты, стенокардию, артериальную гипертензию составила в среднем 59%. В исследуемой популяции студентов отмечалась недостаточная физическая активность, так регулярно спортом занимались только 24%. Хронический нервный стресс испытывали 46% студентов. Также выявлены другие неблагоприятные факторы: работа в ночное время 34%, курение в 16%. Оценка трофологического статуса показала, что 73% студентов имели индекс массы тела в пределах нормы, избыточная масса тела была зарегистрирована в 12%, дефицит массы тела в 15%. В результате проведённого анализа установлено, что среднее значение ПИД у студентов составило 0,92 балла. Низкий уровень ПИД встретился в 74% случаев. Распространённость высокой атерогенности диеты, сопряжённой с избыточным потреблением продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином ("пищевой риск 1"), составила 24%. Высокая атерогенность питания, ассоциированная с низким потреблением продуктов, богатых растительной клетчаткой и сложными углеводами ("пищевой риск 2"), была зарегистрирована в 74%.

Результаты анкетирования свидетельствуют, что доля респондентов желающих заниматься физическими упражнениями составила 75%. Придерживаться принципов рационального питания и контролировать свой вес были согласны 75%. Готовы бороться с вредными привычками 54% студентов. Сформировать у себя установку на здоровый образ жизни считали актуальным 40% респондентов, посещать врача с профилактической целью 36%. Распространённость утверждения о необходимости получения дополнительной информации о правильном питании, оздоровительной гимнастике и профилактике стресса составила 37%, 28% и 53%, соответственно. Потребность в рекомендациях по борьбе с вредными привычками была у 23%.

Заключение. Резюмируя сказанное выше, можно отметить, что при профилактике ССЗ у студентов необходимо совершенствовать их образ жизни, а также прививать им общую и валеологическую культуру.

015 НИТРЕСАН ПРИ СОЧЕТАННЫХ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Чумбалова А. С., Тыналиева Ш. А., Апиева Н. И.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Гордской кардиологический центр, Алматы, Казахстан

Цель. Изучение антигипертензивной эффективности и безопасности нитресана и его влияние на качество жизни и частоту постинсультной деменции у больных АГ с дисциркуляторной энцефалопатией и ОНМК в анамнезе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 28 больных АГ с дисциркуляторной энцефалопатией и ОНМК в анамнезе в возрасте от 47 до 71 лет (средний возраст 60,2±1,5), из них 18 женщин и 10 мужчин, в исследование включались пациенты только с первичной АГ 2 и 3 степеи, (2-й — 19 больных и 3-ей — 9), которые получали нитрендипин (нитресан) в дозе по 10–40 мг в сутки в течение 4-х недель. Показатели качества жизни у исследуемых больных оценивали при помощи международного сертифицированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36) и шкалы MMSE.

Результаты. Интенсивно изучается влияние сердечной патологии на течение постинсультного периода, выживаемость больных и состояние когнитивных функций. Установлено, что у пациентов с церебральной ишемией смертность вследствие кардиальных причин превышает смертность от самого инсульта. Течение постинсультного периода может осложняться развитием коронарных катастроф, включая тяжелый инфаркт миокарда, причем в ряде случаев без каких-либо клинических признаков коронарной нестабильности. Это обстоятельство ставит перед врачом необходимость изучения и своевременного выявления бессимптомных вариантов ИБС и факторов, влияющих на стабильность течения коронарного атеросклероза у больных ишемическим инсультом.

Целевого уровня АД достигли 19 пациентов (67,9%), в 4-х случаях доза нитрендипина была увеличена до 40 мг/сутки и в 2-х случаях потребовалось назначение другого антигипертензивного препарата. В результате проведенного лечения уже к концу 1-й недели от начала лечения больные отмечали существенное улучшение самочувствия, что подтверждают результаты анкетирования по шкале MMSE. В первую очередь это касалось состояния когнитивных расстройств: регрессировали общая слабость, депрессивный фон настроения. Оценивая показатели качества жизни у исследуемых больных при помощи международного сертифицированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36), необходимо отметить также положительную динамику: снизились ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами (влияние эмоционального состояния на выполнение работы или повседневной деятельности), повысились социальное функционирование и эмоциональное самочувствие.

Заключение. Таким образом, применение блокатора кальциевых каналов дигидропиридинового ряда — нитрендипина (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 артериальной гипертензией и ОНМК в анамнезе. Побочного эффекта препарата нами не зарегистрировано.

016 К ОБОСНОВАННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ В-НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ ХСН

Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Шарипов Р. С., Кадырова И., Турабекова Н.

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

Для дифференциальной диагностики хронической сердечной недостаточности в настоящее время используется тест с определением В-натрийуретического пептида (BNP) — одного из гормонов, секретируемых кардиомиоцитами. Повышение BNP в крови может выявить хроническую сердечную недостаточность (ХСН) у больных раньше, чем появятся признаки дисфункции левого желудочка, определяемые клинически или эхокардиографически. Кроме того, уровни BNP хорошо коррелируют с функциональным классом ХСН и параметрами как систолической, так и диастолической дисфункции.

Цель. Изучение уровня В-натрийуретического пептида (BNP) у больных с ХСН.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 46 больных ишемической болезнью сердца с ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка в возрасте от 41 до 66 лет (средний возраст 55,2±1,3), из них 17 женщин и 29 мужчин, поступивших в экстренном порядке с болевым синдромом в городской кардиологический центр за 2013 год, при ЭхоКГ — исследовании у них фракция выброса была более 50%. Всем пациентам проводились ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, коронароангиография, общеклинические и биохимические исследования: липидный спектр, уровень глюкозы, кардиомаркеры (тропонин, миоглобин, BNP).

Результаты. Традиционно о сердечной недостаточности судили по одышке, отекам и другим признакам, указывающим, как правило, на застойные явления в органах. В настоящее время изменения, характеризующие ХСН, можно объективизировать при эхокардиографии или другими методами, позволяющими диагностировать ранние стадии. Рекомендация: определять уровень BNP при сомнительной ХСН — входит в современные клинические руководства с самым высоким грифом уровня доказательности А.

Фракция выброса у наших больных составила 62,8±1,6% (по Simpson). По клиническим проявлениям хронической сердечной недостаточности все больные были распределены по функциональным классам (ФК) следующим образом: 21 пациент — II ФК ХСН и 25 пациентов III ФК ХСН. Согласно результатам нашего исследования, уровень BNP у наших больных колебался в пределах от 85,0 до 370,0 и составил 218,4±2,9 пг/мл. При этом при втором ФК ХСН он был достоверно ниже, чем при третьем ФК ХСН (128,2±2,3 и 235,8±3,6, соответственно; P<0,05). В процессе лечения из 25 больных с ФК III ХСН — 13 больных перешли во II ФК ХСН. При динамическом изучении содержания BNP оно было равно 105,5±3,4 при II ФК ХСН и 183,6±2,9 при III ФК ХСН.

Заключение. Таким образом, при хронической сердечной недостаточности с изолированной диастолической дисфункцией, то есть с нормальной систолической функцией левого желудочка определение BNP способствует выявлению сердечной недостаточности на ранних стадиях, а также может быть рекомендовано для контроля эффективности проводимой терапии хронической сердечной недостаточности.

017 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Туреева Р. М., Ибрагимов Р.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Городской кардиологический центр, Алматы, Казахстан

Цель. Изучение антигипертензивной эффективности и безопасности алотендина — фиксированной комбинации бисопролола и амлодипина и его влияние на качество жизни у больных с изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ). Алотендин назначали в дозе 5мг/5 мг (бисопролол/амлодипин) 1 раз в день утром, через 2 недели при недостаточном контроле давления дозу увеличивали до 5мг/10 мг — 1 раз в день.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 328 больных с ИСАГ в возрасте от 64 до 78 лет (средний возраст 70,2±1,5), из них 187 женщин и 141 мужчин, в исследование включались пациенты только с первичной АГ второй и третьей степени, (вторая — 195 больных и третья ст.— 133). Для оценки эффективности антигипертензивной терапии использовались краткосрочные (в течение 4–8 недель от начала лечения) и отдаленные критерии (через 18 месяцев): снижение систолического и/или диастолического АД на 10% и более или достижение целевого уровня АД; отсутствие гипертонических кризов; сохранение или улучшение качества жизни; влияние на модифицируемые факторы риска. Показатели качества жизни у исследуемых больных оценивали при помощи международного сертифицированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36) и шкалы MMSE.

Результаты. Согласно литературным данным, при лечении ИСАГ у лиц старше 60 лет могут быть использованы все группы

антигипертензивных препаратов, но препаратами выбора являются блокаторы кальциевых каналов (БКК) длительного действия и бета-адреноблокаторы, причем комбинированная терапия должна использоваться как стартовая, так как взаимодополняющее действие компонентов может обеспечить наиболее комплексное действие и предпочтение следует отдавать фиксированным комбинированным препаратам. В этом случае заведомо используются целесообразные комбинации препаратов в оптимальных терапевтических дозах, не требуется титрование дозы, повышается приверженность больного лечению за счет простоты приема. Применение комбинации бисопролола и амлодипина (алотендин) у больных с ИСАГ достоверно снижает уровень АД и улучшает качество жизни: в процессе терапии алотендином происходит достоверное снижение АД как систолического, так и диастолического. Процент больных, ответивших на лечение алотендином, составил (84,4%), целевого уровня АД достигли 70,5%. Понятие "качество жизни" больных означает оценку человеком своего физического, психического и социального благополучия. Отмечается снижение процентных показателей по наиболее частым причинам, ведущих к ухудшению "качества жизни", а также рост суммарного показателя "качества жизни" по профильным шкалам с тенденцией к нормализации психосоциального статуса, что свидетельствует о положительном влиянии алотендина на качество жизни, в частности, повышается такой показатель как необходимость к лечению.

Заключение. Таким образом, терапия комбинированным фиксированным препаратом алотендином ИСАГ достоверно снижает АД и улучшает качество жизни.

018 НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ОКРУЖНОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Андреева И. А., Шепилова И. Б., Саламатина Л. В., Местецкий В. Н., Урванцева И. А.

БУ ХМАО-Югры "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Численность больных с сахарным диабетом (СД) в мире за последнее десятилетие возросла более чем вдвое, и в 2013 г. составила 371 млн. человек. По результатам контрольно-эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы, численность больных СД в России достигает 9–10 млн. человек, что составляет 7% населения. Проблема роста численности больных СД имеет большую практическую значимость т.к. сочетание СД и острого коронарного синдрома (ОКС) приводит к ухудшению прогноза.

Цель. Изучение частоты встречаемости нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), как состояния предшествующего развитию СД, а также показателей гликозилированного гемоглобина (Hb_{A1c}) и гликемии среди больных, поступивших в Окружной кардиодиспансер с ОКС.

Материал и методы. В исследование были включены 292 больных (77,4% мужчин, 22,6% женщин), поступивших в Окружной кардиологический диспансер с диагнозом ОКС с 31.10.2012 г. по 26.04.2013 г. Средний возраст больных составил 55,8 (±8,7) лет. В рамках исследования проводилась оценка биохимического статуса больных, в том числе уровней гликемии и Hb_{A1c}, при поступлении и через 1 месяц. Для анализа данных применялись статистический и аналитический методы. Данные представлены в виде частоты, средних величин, стандартного отклонения.

Результаты. Среди больных, поступивших в кардиодиспансер с ОКС, частота встречаемости НТГ составила 26,4% (77 чел.). Среднее значение Hb_{A1c} среди всех пациентов, вошедших в исследование, составило 6,48 (±1,46)%, при норме этого показателя от 4,0 до 6,0%. Средний показатель уровня гликемии среди больных с ОКС составил 8,44 (±3,78) ммоль/л. Среди больных с ОКС и НТГ в день поступления среднее значение уровня гликозилированного гемоглобина составило 6,13 (±0,26)%, а среднее значение гликемии — 7,42 (±1,95) ммоль/л. Через 1 месяц в этой группе больных уровень Hb_{A1c} составил 6,21 (±0,11)%, а средний уровень гликемии 5,94 (±0,74) ммоль/л.

Заключение. Среди больных с ОКС, поступивших в Окружной кардиодиспансер, выявлена высокая частота встречаемости НТГ — 26,4%. При этом, среди больных с ОКС и НТГ среднее значение уровня Hb_{A1c} при поступлении составило 6,13 (±1,46)%, через 1 месяц — не уменьшилось — 6,21 (±0,11)%. В то же время уровень гликемии в этой группе больных уменьшился в течение месяца на 21,0%, с 7,42 (±1,95) ммоль/л до 5,94 (±0,74) ммоль/л.

019 ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАРДИОМАРКЁРОВ ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Андреева И. П.[1], Григоренко В. Г.[1], Осипов А. П.[1,2]

[1]Химический факультет Московского Государственного Университета имени М. В. Ломоносова, Москва; [2]Национальный исследовательский технологический университет "МИСиС", Москва, Россия

Своевременная диагностика острого инфаркта миокарда (ОИМ) является одной из актуальных проблем современной кардиологии. Раннее начало терапии при подтверждённом диагнозе ОИМ позволяет уменьшить летальность, как в первые часы, так и в более поздние сроки пребывания больного в стационаре.

Развитие ОИМ сопровождается обширным разрушением кардиомиоцитов и, следовательно, большим выбросом в кровь специфичных для миокарда белков. В настоящее время признанным маркером ОИМ является тропонин I (ТнI). При повреждении миокарда повышенная концентрация ТнI в крови обнаруживается через 3–4 часа, пик приходится на 3–4 сутки и остается повышенным до 7–10 дней. Однако ТнI относится к поздним диагностическим маркерам. В качестве раннего биохимического маркера ОИМ предложен сердечный тип белка, связывающего жирные кислоты (с-БСЖК), концентрация которого в крови повышается (в 10 и более раз) в течение 2–3 часов после начала заболевания и возвращается к нормальному уровню через 12–24 часа.

Разработан простой визуальный метод для одновременного совместного экспресс-определения с-БСЖК и ТнI в сыворотке и цельной крови, основанный на принципе иммунохроматографического анализа. В качестве визуальной метки использованы наночастицы золота. Предел обнаружения метода составил 10 нг/мл для с-БСЖК и 1 нг/мл для ТнI. Время проведения анализа не превышает 20 минут. С помощью разработанной тест-системы был подтверждён клинически установленный диагноз ОИМ (N=10). В сыворотках крови здоровых людей (N=25) и у пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия (N=12) результат теста был отрицательным. Использование разработанной экспресс тест-системы в клинической практике позволит более эффективно и надёжно подтверждать диагноз ОИМ на ранних и более поздних стадиях заболевания.

020 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМПАТИЛА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Андреичева Е. Н.

ГБОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет", Казань, Россия

Распространенность повышенной возбудимости, тревоги и связанных с ними вегетативных нарушений в настоящее время велика, и подвержены ей пациенты всех возрастов. Спектр препаратов, имеющихся на фармакологическом рынке, весьма широк, однако пациенты с нарушениями легкой и средней степени выраженности отдают предпочтение средствам растительного происхождения. В России зарегистрирован новый фитопрепарат анксиолитического действия Симпатил производства Laboratoire INNOTECH International (Франция).

Цель. Оценить эффективность и безопасность препарата Симпатил, содержащего фиксированные количества двух растительных экстрактов (*Crataegus oxyacantha 75,0 мг* и *Eschscholtzia californica 20,0 мг)* и магний 75 мг, в терапии пациентов с вегетативной дисфункцией и нетяжелыми тревожными состояниями.

Материал и методы. В исследование включены 30 амбулаторных больных (18 жен и 12 муж, возраст 32,5±3,4 г.) с вегетососудистой дистонией, имеющих преимущественно жалобы на плохой сон (90%), тахикардию (83,3%), повышенную возбудимость (93,3%), головную боль (70%), дискомфорт в груди (80%). Проведено общеклиническое обследование, клинические и биохимические анализы крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ сосудов головы и шеи для исключения органической патологии; эмоциональное состояние оценивалость врачом по шкале тревоги Гамильтона (HARS) и пациентом по госпитальной шкале тревоги и депрессии Гамильтона (HADS). Оценка переносимости Симпатила проводилась на основании объективных клинических данных, шкалы оценки клинического состояния CGI–I и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Оценка состояния проводилась до начала терапии и после завершения 4-недельного курса лечения. Все больные получали монотерапию Симпатилом в дозе 2таб 2 раза в день.

Результаты. Исходно по шкале HARS пациенты демонстрировали тревожное состояние — средний балл в группе 23,7±1,2; по шкале HADS — по подшкале тревоги 11,1±1,7, по подшкале депрессии — 7,9±1,8, т.е. также превалировала умеренно выраженная тревога. Уровень депрессии — пограничный. По шкале ВАШ исходно пациенты имели средний балл 68,5±3,7. Все 30 пациентов завершили исследование, каких-либо нежелательных явлений не отмечалось. По завершении курса лечения Симпатилом все пациенты отметили улучшение общего состояния — по шкале CGI–I — 25 пациентов отметили “значительное улучшение”, 3 — “очень значительное улучшение”, 2 — “минимальное улучшение”; по шкале ВАШ — средний балл вырос до 82,5±3,6 ($p<0,05$). Тревога — после завершения курса лечения показатели снизились — по HARS до 15,4±2,7 ($p<0,001$), по HADS — по подшкале тревоги 7,1±1,7, по подшкале депрессии — 5,9±1,8. Не обнаружено влияние Симпатила на показатели крови, на длительность интервалов ЭКГ.

Заключение. Симпатил показал высокую анксиолитическую и седативную эффективность при нетяжелых формах тревоги, сопровождающихся вегетативными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, а также хорошую переносимость, что позволяет рекомендовать его для лечения пациентов с вегетативной дисфункцией.

021 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМПАТИЛА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Андреичева Е. Н.
ГБОУ ВПО “Казанский государственный медицинский университет”, Казань, Россия

Гипертоническая болезнь относится к типичным психосоматическим заболеваниям. Кроме достижения стабильного целевого уровня АД с помощью гипотензивных препаратов, многие больные нуждаются в дополнительных симптоматических средствах для коррекции психо-эмоционального статуса. Часто терапевты выписывают таким пациентам бензодиазепины, но их широкое применение не оправдано из-за риска побочных эффектов (снижение памяти, бдительности при вождении автомобиля, формирование зависимости при длительном приеме). Анксиолитическая и/или седативная фитотерапия может стать альтернативой симптоматического лечения нетяжелых состояний клинической тревоги и депрессии, свойственных гипертонической болезни. В России зарегистрирован новый фитопрепарат анксиолитического действия Симпатил производства Laboratoire INNOTECH International (Франция).

Цель. Оценить эффективность и безопасность препарата Симпатил, содержащего фиксированные количества двух растительных экстрактов (*Crataegus oxyacantha 75,0 мг* и *Eschscholtzia californica 20,0 мг)* и магний 75 мг, в терапии пациентов с гипертонической болезнью I–II стадии и нетяжелыми тревожными состояниями.

Материал и методы. В исследование включены 20 больных (12 жен и 8 муж, возраст 47,5±3,4 г.) с гипертонической болезнью I–II стадии и хорошим контролем АД на целевом уровне в течение предшествующих 6 мес, имеющих жалобы на плохой сон (80%), повышенную возбудимость (85%), тревожность (90%). Проведено общеклиническое обследование, клинические и биохимические анализы крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ сосудов головы и шеи; эмоциональное состояние оценивалость врачом по шкале тревоги Гамильтона (HARS) и пациентом по госпитальной шкале тревоги и депрессии Гамильтона (HADS). Оценка переносимости Симпатила проводилась на основании объективных клинических данных, шкалы оценки клинического состояния CGI–I и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Оценка состояния проводилась до начала терапии и после завершения 4-недельного курса лечения. Все больные получали гипотензивную терапию и Симпатил в дозе 2таб 2 раза в день.

Результаты. Исходно по HARS пациенты демонстрировали тревожное состояние — средний балл в группе 18,3±1,4; по HADS — по подшкале тревоги 10,3±1,6, по подшкале депрессии — 6,5±1,6, т.е. превалировала умеренно выраженная тревога. Уровень депрессии — пограничный. По ВАШ исходно средний балл 66,4±5,1. Все пациенты завершили исследование, каких-либо нежелательных явлений не отмечалось. По завершении курса лечения Симпатилом все пациенты отметили улучшение общего состояния — по CGI–I — 16 пациентов отметили “значительное улучшение”, 2 — “очень значительное улучшение”, 2 — “минимальное улучшение”; по шкале ВАШ — средний балл 85,1±3,7 ($p<0,01$). Тревога — после завершения курса лечения показатели снизились — по HARS до 11,2±1,8 ($p<0,001$), по HADS — по подшкале тревоги 6,4±1,8, по подшкале депрессии — 5,3±1,6. Не обнаружено влияние Симпатила на показатели крови, на динамику ЭКГ.

Заключение. Симпатил показал высокую анксиолитическую и седативную эффективность при нетяжелых формах тревоги, сопровождающих контролируемую гипертоническую болезнь I–II стадии, и хорошую переносимость.

022 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА И МУЖЧИН

Аникин В. В., Николаева Т. О., Изварина О. А.
ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, Тверь, Россия

При исследовании вариабельности сердечного ритма (ВСР) для оценки вегетативного баланса особый интерес вызывают больные с инфарктом миокарда (ИМ), так как у них возникает высокий риск возникновения внезапной сердечной смерти вследствие электрической нестабильности миокарда и развития желудочковых аритмий.

Проведено углубленное клинико-функциональное обследование 120 женщин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 36 до 74 лет (56,1±1,9 года) и 50 мужчин с ОИМ 37–72 лет (55,8±1,2 года). Всем больным было выполнено суточное мониторирование ЭКГ с последующим определением временных и спектральных показателей ВСР за сутки, в дневные и ночные часы.

Исследования позволили установить различия в изменениях вегетативной регуляции сердечного ритма при ИМ у женщин и мужчин. Так, у женщин, особенно в группе старше 60 лет, наблюдалась большая чем у мужчин выраженность ригидности ритма, о чем свидетельствовало уменьшение среднеквадратического отклонения интервалов RR (SDNN), которые были заметнее в ночные часы. При этом у них имелась тенденция к значительному снижению показателя временного анализа SDANN. При проведении спектрального анализа отмечено снижение уровня общей мощности спектра (TP) у всех

обследованных на 23–55,3%. В наибольшей степени этот показатель был уменьшен у женщин старше 60 лет в ночное время суток, что также свидетельствовало о понижении адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы и развитии гиперсимпатикотонии. Следует отметить закономерное снижение мощности волн низкой частоты (LF), которое у женщин до 60 лет в ночные часы оказалось достоверно более выраженным. Мощность волн очень низкой частоты (VLF), преобладала в общей мощности спектра у всех больных, одновременно со снижением спектральной мощности HF компонента что указывало на патологические изменения регуляции сердечного ритма. Отмечалось возрастание коэффициента вагосимпатического баланса LF/HF у всех больных, с наибольшей выраженностью изменений у мужчин, что подтверждало выраженный дисбаланс вегетативной нервной системы с симпатикотонией.

Таким образом, у больных с ОИМ наблюдалось снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, что в значительной мере обусловлено изменениями регулирующих влияний на синусовый узел вегетативной нервной системы. Это проявлялось выраженным дисбалансом вегетативного функционирования с преимущественным преобладанием симпатического и уменьшением активности парасимпатического звена и как следствие могло определять возможность возникновения жизнеопасных желудочковых аритмий. Выявляемые у больных ИМ прогностически неблагоприятные тенденции в отношении высоких рисков развития злокачественных, фатальных, прежде всего, желудочковых аритмий и коронарной смерти, связанные с вегетативным торможением и насыщающе высоким уровнем симпатической стимуляции, приведшим к уменьшению вариабельности сердечного ритма, были особенно заметными у женщин старше 60 лет.

023 СЕРДЕЧНЫЕ ДИЗРИМИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ КЛИМАКСЕ

Аникин В. В., Изварина О. А., Николаева Т. О.
ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, Тверь, Россия

С целью изучения особенностей аритмического синдрома в климактерическом периоде 118 женщинам с АГ (средний возраст 49,4±5,2 года) и 36 лицам без нее (48,1±2,6 года) было проведено углубленное клинико-функциональное обследование, включавшее мониторирование ЭКГ и АД (аппарат Кардиотехника-04-АД, “Инкарт”, Санкт-Петербург). При этом анализировались частота встречаемости различных вариантов нарушений сердечного ритма и их прогностическая значимость.

При изучении результатов суточного мониторирования ЭКГ было установлено, одиночная наджелудочковая экстрасистолия (ОдН Э/С) наблюдалась у всех женщин с АГ. У большинства из них в пременопаузе имелась групповая наджелудочковая экстрасистолия (ГрН Э/С) и пароксизмы наджелудочковой тахикардии (ПНТ), причем с наступлением постменопаузы их распространенность достоверно нарастала. Наиболее неблагоприятной представляется большая частота встречаемости одиночной (ОдЖ Э/С), групповой желудочковой экстрасистолии (ГрЖ Э/С) и пароксизмальной желудочковой тахикардии (ПЖТ) у женщин с АГ в пременопаузе. Обращало на себя внимание трехкратное увеличение распространенности у последних ГрЖ Э/С при переходе к постменопаузе (с 19,6% до 62,1%, $p<0,05$) и почти четырехкратное — ПЖТ (с 14,3% в пременопаузе до 56,9% в постменопаузе, $p<0,05$).

У женщин без АГ нарушения сердечного ритма оказались менее распространенными. Так, у женщин без АГ ГрН Э/С встречалась в 2,3 раза реже, чем у лиц с АГ группе (21,1% и 48,2%, соответственно, $p<0,05$). Выявлена более низкая частота встречаемости групповых вариантов наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии у женщин в постменопаузе без АГ по сравнению с лицами с АГ, но более высокая — по сравнению с обследованными без АГ до наступления менопаузы.

При изучении распространенности различных классов желудочковой экстрасистолии по классификации Lown и Wolf было установлено, что у женщин с АГ в пременопаузе одинаково часто встречались аритмии 2 и 3 класса, а 4 и 5 градации наблюдались значительно реже. Однако при переходе к постменопаузе отмечалось достоверное уменьшение распространенности аритмий 2 класса (с 33,9% до 15,5%) при одновременном нарастании частоты встречаемости экстрасистолии более высоких градаций.

У женщин без АГ, особенно в пременопаузе, структура аритмического синдрома оказалась менее злокачественной. Так, в пременопаузальном периоде у 63,1% из них встречался 1 класс аритмий. Наступление постменопаузы сопровождалось почти четырехкратным увеличением распространенности аритмий 2 класса (с 15,7% до 58,8%), однако частота встречаемости 3, 4 и 5 градаций практически не изменилась.

Таким образом, наступление менопаузы сопровождается нарастанием распространенности и выраженности аритмических проявлений, причем наибольшие изменения выявлены у женщин с АГ. При этом нельзя исключить органическую природу выявленных сердечных дизритмий, что должно учитываться в разработке реабилитационных мероприятий данных больных.

024 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОВНОСТИ АОРТАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Аркадьева Г. В., Бурлова Е. С., Кривцова Н. В., Кулагина Н. П.
ГБОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова” Минздрава России, ГБУЗ “ГКБ № 52” ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Оценить клиническое течение аортальных пороков сердца в различных возрастных группах после протезирования аортального клапана (ПАК).

Материал и методы. В исследование включено 27 пациентов, которым выполнена реконструктивная операция на аортальном клапане (АК) как изолированно, так и в сочетании с коронарным шунтированием (4 пациента). Средний возраст составил 54,6±11,7, большинство мужчины — 62,9% в возрасте от 23 до 67 лет, женщины — 37.1% от 37 до 72 лет. Пациенты были разделены на группы по возрасту: до 45 лет (1гр.) — 8 (29.6%) человек, от 45 до 65 лет (2гр.) — 14 (51,9%) человек, 65 лет и старше (3гр.) — 5 (18.5%) человек. В 63% случаев причиной порока был атеросклероз и дегенеративные изменения, у 25.9% пациентов — ревматизм, у 11% — врожденный порок сердца (двустворчатый АК). Длительность заболевания в среднем 12,1±9,6 лет. Жалобы не предъявляли 7% больных. Синусовый ритм имели 85.2% пациентов, 14.8% имели постоянную форму мерцательной аритмии. У 81.5% пациентов имела место НК IIА ст., у 18.5% — НКIIБ ст. Низкую толерантность к физической нагрузке и III–IV ФК (NYHA) имели 59.3% пациентов. Больные были обследованы через год после ПАК. Все больные получали оральный антикоагулянт — варфарин под контролем МНО.

Результаты. Через год после ПАК пациенты отмечали высокую степень независимости в повседневной жизни по сравнению с дооперационным периодом. Не было ни одного пациента находящегося в IV ФК (NYHA). На фоне терапии 82.3% пациентов находились в I и II ФК. Процент пациентов с синусовым ритмом составил 88.9%. По данным ЭХОКГ набдюдалось уменьшение полостей левых отделов сердца, снижение массы миокарда левого желудочка, увеличение показателей сократительной функции миокарда у пациентов во всех возрастных группах. Достоверное уменьшение степени гипертрофии наблюдалось у пациентов с ревматическим и атеросклеротическим поражением АК, у пациентов старшей возрастной группы. За время наблюдения у 1 пациента наблюдалось преходящее нарушение мозгового кровообращения на фоне неконтролируемого приема варфарина (принимал оральный антикоагулянт эпизодически в силу удовлетворительного самочувствия).

Заключение. Наиболее часто встречающимся является атеросклеротический генез аортального порока, при котором

не наблюдается развития изолированной недостаточности АК: в основном выявлена клиника аортального стеноза; при ревматическом процессе — сочетанные формы порока. Снижение ФК (по NYHA) через год после ПАК свидетельствует об эффективности оперативного лечения. Больным с механическим ИКС показана пожизненная терапия оральными антикоагулянтами с целью профилактики тромбозов, источником которых является тромбированная поверхность протеза клапана. Ежемесячное определение МНО позволяет контролировать эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии.

025 СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИКАРДИТА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Асеев А. В., Рясенский Д. С., Платонов Ю. Ф., Чернышева Ю. В., Кузнецова И. В.
ГБОУ ВПО "Тверская ГМА Минздрава России", Тверь, Россия

Туберкулезный перикардит является частным проявлением внелегочного туберкулеза. Пункционная эвакуация гидроперикарда и коррекция противотуберкулезной терапии позволяют ликвидировать накопление жидкости, но не предотвращают облитерацию полости перикарда и формирование панцирного сердца.

Мы наблюдали 8 больных туберкулезом легких в возрасте от 22 и 34 лет с выпотным перикардитом туберкулезной этиологии. Накопление жидкости в полости перикарда происходило медленно, не сопровождается бурными рефлекторными реакциями. При УЗИ перикарда эпигастральным доступом и через 4 межреберье слева от грудины была выявлена жидкость в полости перикарда. Наибольшая ширина полоски жидкости гидроперикарда была в систолу и составила в проекции 4 межреберья слева от грудины 6 см, в эпигастральной области не превышала 2 см. У 4 больных при УЗИ были выявлены признаки "волосатого сердца". В связи с угрозой декомпенсации правожелудочковой сердечной недостаточности выполнена пункция перикарда в точке наибольшей ширины полоски жидкости гидроперикарда в 4 межреберье слева от грудины, которую намечали под УЗИ-контролем. Удаляли от 100 до 300 мл жидкости, у 2 больных она была желтой прозрачной, у 6 — вида "мясных помоев". Критерием для прекращения эвакуации гидроперикарда было появление у врача субъективного чувства царапанья пункционной иглы об эпирикард. Процедуру заканчивали внутриперикардиальным введением 1 гр. стрептомицина и 1 гр. тубазида. Осложнений не было. При бактериологическом исследовании перикардиального выпота микобактерии туберкулеза не были обнаружены ни в одном случае. У двух пациентов, несмотря на исчезновение жидкостного компонента перикардита, через 6–8 месяцев развилось панцирное сердце с декомпенсацией правожелудочковой сердечной недостаточности: развитие ортостатического коллапса, гепатомегалии, асцита, отека нижних конечностей. У них было выполнено хирургическое лечение — перикардэктомия, которую выполняли из стернотомического доступа. Во время операции была выявлена полная облитерация полости перикарда, листки перикарда были утолщены, местами до 15 мм. Уже во время операции отмечены положительные изменения центральной гемодинамики. При гистологическом исследовании удаленного перикарда выявлены признаки хронического неспецифического воспаления. Посев операционного материала на среду Финна-2 и Левенштейна-Йенсена выявил рост микобактерий туберкулеза, в обоих случаях устойчивых к препаратам основного ряда (HRZES), что позволило провести коррекцию последующей противотуберкулезной терапии.

Возможно, использование молекулярно-генетических методов исследования и посев на жидкие среды позволят увеличить частоту и уменьшить сроки идентификации возбудителя и характер лекарственной резистентности возбудителя, улучшить результаты лечения. У данной категории больных целесообразно использовать не только системную противотуберкулезную терапию, но и длительное местное внутриперикардиальное введение препаратов, включая растворы противотуберкулезных средств и протеолитических ферментов. Для этого необходимо дренирование полости перикарда эпигастральным доступом, что должно быть учтено при составлении протокола лечения больных с экссудативным перикардитом туберкулезной этиологии.

026 ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Бадриева Ю. Н., Тетелютина Ф. К., Сушенцова Т. В.
ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия" МЗ РФ, Ижевск, Россия

Среди сердечно-сосудистой патологии у беременных нередко встречается пролапс митрального клапана (ПМК). Данное заболевание может быть изолированным, но у большинства женщин оно диагностируется на фоне других сердечно-сосудистых заболеваний и нередко при наличии недифференцированной дисплазии соединительной ткани, что может предопределить неблагоприятное течение беременности, родов, послеродового периода и состояние здоровья будущего ребенка.

Цель. Изучение особенностей соматического здоровья беременных женщин с ПМК I–II степени.

Материал и методы. Нами обследовано 266 беременных с ПМК I–II степени, наблюдавшихся в Республиканском клинико-диагностическом центре г. Ижевска. В исследуемую группу вошли пациентки в возрасте от 18 до 44 лет, средний возраст — 27,7±3,8 лет. Все беременные находились на двойной диспансеризации акушера-гинеколога и кардиолога.

Результаты. По данным нашего исследования у каждой третьей беременной ПМК выявлен при данной беременности. Так у 179 (67,3%) пациенток беременность наступила на фоне установленного ПМК, у 87 (32,7%) — ПМК был выявлен во время настоящей беременности. По степени тяжести у 263 (98,9%) беременных был ПМК I степени. Из них — у 93 (35,4%) с регургитацией на клапан. ПМК II степени с регургитацией на клапан установлен у 3 (1,1%) беременных. Следует указать на высокую частоту заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных с ПМК. У 42 (15,8%) пациенток ПМК был в сочетании с артериальной гипертонией. У 106 (39,8%) беременных диагностированы ложные хорды в левом желудочке. Нарушение ритма по типу желудочковых экстрасистол было выявлено у 29 (10,9%), вегето-сосудистая дистония — у 117 (43,9%) пациенток. Оценивая функциональное состояние сердечной деятельности, следует указать, что у 2 (0,8%) беременных была ХСН I степени. До наступления беременности на каждую женщину пришлось 2,6 соматических заболевания. Из них первое ранговое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, второе — болезни желудочно-кишечного тракта, третье — заболевания органов зрения. Заслуживает внимание, что среди 266 беременных у 197 (74,1%) выявлена недифференцированная дисплазия соединительной ткани при наличии не менее 6 малых внешних и/или висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани после исключения дифференцированных синдромов. В динамике гестации среди соматических заболеваний были выявлены анемия легкой степени тяжести (60,9%), перенесенная ОРВИ (51,5%), пиелонефрит (24,8%), тромбоцитопения (13,2%). Течение беременности осложнилось УПБ (46,6%), преэклампсией (22,6%), хронической плацентарной недостаточностью (18,4%), хронической гипоксией плода (23,7%), задержкой развития плода (18,0%).

Заключение. Таким образом, у беременных с ПМК установлена высокая частота соматической патологии до и во время беременности и осложнений гестации.

027 ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бакирова Р. Е.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучение возрастных особенностей структурно-функциональных показателей миокарда при артериальной гипертонии.

Материал и методы. Обследовано 84 управленческих работника, болеющих артериальной гипертонией (АГ). Больные были распределены на 4 возрастные группы: 30–39 лет (n=17), 40–49 лет (n=21), 50–59 лет (n=40) и 60–69 лет (n=6). Проведено эхокардиографическое исследование ("Tochiba-350") с изучением конечного систолического и диастолического объемов и размеров левого желудочка (КСО, КДО, КСР, КДР); фракции изгнания (ФИ); ударного и минутного объемов (УО, МО); общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС); толщины задней стенки левого желудочка (Тслж) и межжелудочковой перегородки (Тмжп), размера левого предсердия (ЛП) и аорты (Ао). Определяли индекс и массу миокарда левого желудочка (ИММЛЖ, ММЛЖ), относительную толщину стенок (ОТС) левого желудочка. Статистическая обработка выполнена при помощи программы Statistica 6,0.

Результаты. Установлено, что развитие АГ у обследованных лиц связано с высоким уровнем ментальных нагрузок (относительный риск — 1,64). Не выявлено достоверных различий между группами по размерам ЛП, КДР, КСР, ФИ. Установлены меньшие показатели Тслж в возрастной группе 30–39 лет в сравнении с группами 40–49 ($p<0,05$) и старше 59 лет ($p<0,01$). Тмжп в этой группе отличалась от старших возрастных групп ($p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,001$). Тмжп у управленческих работников в возрасте 40–49 лет оказалась равной 1,06±0,03 см, в возрасте 50–59 лет — 1,03±0,02 см, в возрасте 60 и более лет — 1,12±0,03 см. ММЛЖ 30–39 летних была меньше на 15,1% и 6,6% в сравнении с 40–49 летними ($p<0,01$) и лицами старше 60 лет ($p<0,05$). Установлено достоверное повышение ИММЛЖ на 18,6%, 17,8% и 18,2% в группах 40–49 лет, 50–59 лет и 60–63 года (при $p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,05$, соответственно) в сравнении с группой 30–39 лет. ОТС левого желудочка в возрастных группах 40–49 и 50–59 лет была на 4,8% больше по сравнению с группой 30–39 лет и на 10,8% меньше по сравнению с группой 60–63 года ($p<0,01$). С возраста 50–59 лет формируется гипокинетический тип кровообращения со снижением МО на 18,5% ($p<0,001$), СИ на 20% ($p<0,05$) и повышением ОПСС на 23,1% ($p<0,001$) в сравнении с 30–39 летними. Формирование гипокинетического типа кровообращения в этой возрастной группе можно объяснить не только возрастными изменениями, но и более выраженной вазоконстрикцией, сопряженной с альфа-адренергической активацией и ослаблением β-адренергического ответа миокарда в условиях длительных психоэмоциональных нагрузок. Так, средний стаж работы у 30–39 летних составил 4,82±0,91 года, у 40–49 летних — 10,67±0,74 лет, у 50–59 летних — 11,37±0,61 лет, у лиц старше 59 лет — 12,33±1,78 лет.

Заключение. Таким образом, выраженные структурные изменения миокарда с гипертрофией стенок, нарастанием массы миокарда и относительной толщины стенок левого желудочка у работников со стресс-индуцированной АГ развиваются начиная с 40 летнего возраста.

028 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Басырова И. Р., Кондратенко В. Ю., Исаева Е. Н., Либис Р. А.
ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, Оренбург, Россия

ФП связана с эквивалентным повышением риска инсульта, что требует профилактики инсульта и тромбоэмболий. На сегодняшний день доказано, что независимо от назначения антиаритмических препаратов для поддержания ритма или частоты должна использоваться терапия, направленная на предотвращение тромбоэмболических осложнений.

Цель. Изучить эффективность антикоагулянтной терапии (АКТ) у лиц с впервые выявленной ФП.

Материал и методы. В выборку вошли пациенты с впервые выявленной ФП и имеющие хотя бы один дополнительный фактор риска по развитию инсульта (АГ, ХСН, СД 2 типа, возраст старше 75 лет, инсульт в анамнезе), госпитализированные в кардиологические отделения стационара. Были исследованы 79 пациентов (47 мужчин и 32 женщин), средний возраст — 63,8±1,2 лет. Из исследования исключались лица с клапанной природой ФП. Проводились необходимый набор объективных, лабораторных и инструментальных методов исследования согласно стандарту ведения больных с ФП, включая исследование крови на МНО. После выписки из стационара всем пациентам в течение года каждые 4 месяца проводились повторные наблюдения и регистрировались следующие события: смерть, инсульт, острый коронарный синдром, периферическая эмболия, повторная госпитализация по поводу ФП, кровотечения. Риск возможных тромбоэмболических осложнений определяли по шкале CHA2DS2-VASc. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы SPSS for Windows (версия 20.0).

Результаты. Наиболее часто встречалась пароксизмальная ФП — 63,8%, реже постоянная ФП — 31,3%, и в 5% случаев персистирующая. Не имели факторов риска 1,3% пациентов, средний риск — 20,3%, высокий — 78,4%. У пациентов с высокой категорией риска баллы распределились следующим образом: 2 балла — 32,9%, 3–20,3%, 4–20,3%, 5–2,5%, 6–2,5%. В стационаре антитромботическую (ацетилсалициловая кислота) получали 92,4%, АКТ — 91,2% (варфарин — 22,8%, гепарин — 68,4%). На госпитальном этапе из пациентов с высоким риском АКТ получали 93,5% респондентов, на амбулаторном этапе из пациентов с высоким риском — 9,7% и средним риском — 50%. В ходе периода наблюдения в 22,8% случаях были зарегистрированы повторные госпитализации по поводу ФП, в 1,3% — кровотечение и в 1,3% случаев — смерть. В периоде наблюдения антитромботическую терапию получали 77,5% пациентов, АКТ — 28,8% (варфарин 26,3%, ксарелто 2,5%). Регулярно МНО определяли только 15 респондентов, среднее значение составило 2,2±0,1. Целевые значения МНО были достигнуты у 53,3% пациентов, соответственно, у 46,7% не достигнуты.

Заключение. Большинство пациентов с впервые выявленной ФП имеют высокий риск тромбоэмболических осложнений, однако не все пациенты данной группы получают АКТ. В свою очередь не у всех пациентов, получающих АКТ, достигнуты целевые значения МНО, что говорит о неэффективности назначенной терапии. Таким образом, необходимо повышать эффективность АКТ данной категории пациентов, а также осуществлять тщательный контроль принимаемых антикоагулянтных препаратов, как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах оказания медицинской помощи.

029 АТЕРОСКЛЕРОЗ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Баталова А. А., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Агафонова Т. Ю.
ГБОУ ВПО Пермская медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Системная артериальная гипертензия (АГ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) имеет ряд особенностей клинического течения, является самостоятельным фактором риска развития атеросклероза. При такой сочетанной патологии появляются благоприятные условия для повреждения эндотелия, развития эндотелиальной дисфункции и атеросклероза.

Цель. Изучение степени выраженности атеросклероза общих сонных артерий в зависимости от возраста у лиц с хронической обструктивной болезни легких в сочетании с артериальной гипертензией по результатам ультразвукового исследования общих сонных артерий.

Материал и методы. В исследование вошел 41 человек, средний возраст 65,2±1,3 года, 22 мужчины, 19 — женщин. Это пациенты с ХОБЛ I–II стадии (GOLD,2006) в сочетании с АГ II — III степени (ВОЗ, 1999). Все обследованные разделены на 3

группы: I группа — 48–59 лет — 11 человек, средний возраст 53±1,2 года (3 женщины, 7 мужчин); II группа — 60–69 лет — 13 человек, средний возраст 65±0,95 (7 женщин, 6 мужчин); III группа 70–79 лет — 17 человек, средний возраст 72±0,6 (9 женщин, 8 мужчин)

Лицам всех групп проводилось триплексное исследование брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне, на аппарате ALOCA 5000, Япония, линейным датчиком с частотой 7–10 МГц. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием статистического пакета программ "Microsoft Exel" и BIOSTAT.

Результаты. По результатам ультразвукового исследования не выявлено достоверных отличий между группами в проценте поражения брахиоцефальных сосудов на экстракраниальном уровне. Стенозирующий атеросклероз диагностирован у лиц I группы — 82% случаев, II — 77%, III — 83%. Количество бляшек на одного человека в группе I — 1,8±0,1, в группе II — 1,5±0,1, в группе III наибольшее число бляшек на одного человека — 2,4±0,13 ($p<0,05$). Средний процент стеноза в группе I составил — 24,5%, в группе II –наблюдали небольшой рост степени сужения артерий — 25,6%. В III-й группе средний процент стеноза 27,6% ($p<0,05$).

Заключение. По нашим данным у лиц с ХОБЛ в сочетании АГ распространенность атеросклероза сонных артерий не зависит от возраста (обследованы пациенты от 48 до 79 лет). С возрастом увеличивается количество атеросклеротических бляшек на одного человека и общий процент стеноза ($p<0,05$). Наиболее часто атеросклеротические бляшки располагаются в бифуркации общих сонных артерий и во внутренних сонных артериях.

030 КРАТКОСРОЧНОЕ ВЛИЯНИЕ ПИТАВАСТАТИНА НА ЭЛЛАСТИЧНОСТЬ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Батушкин В. В., Марущенко Е. Ю.
Украинская военно-медицинская академия, Киев, Украина

Пациенты с метаболическим синдромом имеют удвоенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в последующие 5–10 лет по сравнению с лицами не страдающими этим синдромом. Эластичность сонных артерий является важным суррогатным маркером кардиоваскулярного риска.

Цель. Оценить 4-недельный эффект питавастатина в дозе 4 мг на эластичность сонных артерий у больных с метаболическим синдромом, измеренную с помощью ультразвукового исследования в В-режиме.

Материал и методы. В исследование включено 54 пациента средним возрастом 67,8±6,6 лет с метаболическим синдромом. Артериальная гипертензия отмечалась у 42 (77,7%), гипергликемия — у 31 (57,4%), дислипидемия — у 48 (88,9%) больных. В анамнезе инсульт отсутствовал у всех обследованных больных. Пациенты не принимали статины до начала исследования. Индекс жесткости измерялся исходно, через 2 и 4 недели приема питавастатина. Диаметр (Д) правой сонной артерии в систолу и диастолу рассчитывался при ультразвуковом исследовании в В-режиме и определялся как среднее значение из 3-х последовательных изображений на уровне бифуркации. Среди показателей рассчитывались относительное напряжение (Дсист.— Ддиаст./Ддиаст.), жесткость (ε) (log АДсист./АДдиаст./напряжение) и растяжимость (1/ ε, стандартизованное к толщине стенки артерии). Достоверность различий определялась при $p<0,05$.

Результаты. Исходная жесткость колебалась от 0,06 до 0,1 и в среднем составляла 0,084±0,006. Под влиянием терапии питавастатином она достоверно снижалась к концу наблюдения на 37,3% ($p=0,03$). Средняя исходная растяжимость стенки сонной артерии была значительно ниже, чем у здоровых лиц того же возраста и в среднем составляла 15,6±1,8. На 14-е сутки наблюдения отмечалась положительная динамика этого показателя под влиянием лечения питавастатином. Прирост этого показателя под влиянием терапии составил 7,4% ($p=0,23$). К концу наблюдения этот показатель вырос до 17,2±2,2 ($p=0,046$). Улучшение растяжимости от исходной величины на 10% и более наблюдалось у 40 (74,1%) пациентов, принявших участие в исследовании. Изменения жесткости и растяжимости стенки сонной артерии у пациентов с метаболическим синдромом под влиянием терапии тесно кореллировали с уровнем липопротеидов низкой плотности ($r=0,460$). Максимальные изменения этих показателей наблюдались у пациентов с исходным уровнем липопротеидов низкой плотности менее 3,3 ммоль/л.

Заключение. Таким образом, краткосрочное лечение высокими дозами питавастатина ассоциировалось с улучшением показателей эластичности сонных артерий. Показатели эластичности артерий, измеренные с помощью ультразвукового исследования в В-режиме, являются простым неинвазивным способом для оценки функции артериальной стенки и могут быть надежными маркерами для оценки эффективности терапии у больных с метаболическим синдромом с высоким риском развития атеросклероза.

031 ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Беззубцева М. В.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Изучить показатели жесткости сосудистой стенки у пациентов с ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертонии и их влияние на исход.

Материал и методы. Обследовано 15 пациентов с атеротромботическим подтитом ишемического инсульта (ИИ), находившихся на лечении в отделении неотложной неврологии регионального сосудистого центра КОКБ. Группу сравнения составили 15 пациентов с хроническими цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) и артериальной гипертонией, находившихся на лечении в кардиологическом отделении НУЗ "ОБ на ст. Курск". Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средний возраст 60±5,8 лет, из них 17 мужчин и 13 женщин. Скорость пульсовой волны (PWW) и индекс аугментации (AIx) определяли с помощью аппарата BPLab Vasotens (Петр Телегин, Россия) на 7-е сутки от момента развития неврологической симптоматики. Тяжесть ИИ оценивали по шкале NIHSS.

Результаты. Все пациенты имели в анамнезе артериальную гипертонию, в большинстве случаев (86,7%) некорригированную. Среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений за сутки у больных с ИИ на 7-е сутки от развития заболевания и группы сравнения существенно не различались и составили 145±8,5/85±6,2 мм рт.ст. и 72±5 ударов в минуту, соответственно. Все пациенты получали комбинированный гипотензивный препарат Престанс (Servier) в различных дозах. PWW в основной группе 11,2±3,4 м/с, в группе сравнения 10,1±2,9 м/с ($p\leq0,05$), причем у мужчин в обеих группах PWW достоверно выше, чем у женщин на 14,2% ($p<0,001$). AIx в основной группе составил –13±3,2%, в группе сравнения –17±2,9% ($p<0,001$).

При поступлении в стационар средний балл по шкале NIHSS у пациентов с ИИ составил 7,2±2,1, при выписке 4,3±3,1 балла. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая корреляционная зависимость между PWW, AIx и степенью тяжести неврологической симптоматики, оцененной по шкале NIHSS при поступлении и при выписке ($r=0,89$).

Заключение. У пациентов с ИИ жесткость сосудистой стенки достоверно выше, чем у пациентов с хроническими ЦВЗ и, вероятно, имеет самостоятельное прогностическое значение для развития тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них. Установлено, что высокая жесткость сосудистой стенки является предиктором худшего исхода ИИ, что диктует необходимость поиска лекарственных средств, направленных на коррекцию данных параметров.

032 ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Беззубцева М. В., Барбашина Т. А.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Оценить изменение центрального систолического артериального давления у пациентов с артериальной гипертонией высокого риска на фоне лечения фиксированными комбинациями лекарственных препаратов.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с артериальной гипертонией, находившихся на лечении в стационаре дневного пребывания НУЗ "ОБ на ст. Курск". Все пациенты были поделены на две группы по 15 человек, сопоставимые по полу, возрасту, количеству факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. У пациентов первой группы в качестве гипотензивного препарата использовался Престанс (Периндоприл в сочетании с Амлодипином), во второй группе Лориста Н, НД (Лозартан в сочетании с Гидрохлортиазидом). Средний возраст 58±5,6 лет, из них 15 мужчин и 15 женщин. Центральное систолическое аортальное давление (CASP) измеряли с помощью системы мониторирования A-PULS CASPal (HealthSTATS, Япония) после 30-ти минутного отдыха в начале лечения и через 6 недель терапии.

Результаты. Уровень плечевого артериального давления АД в начале лечения был сопоставим в обеих группах и составил 155±4,5/100±3,8 мм рт.ст. Пациенты в обеих группах до начала лечения не получали регулярную гипотензивную терапию. Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений в обеих группах: абдоминальное ожирение имели 30% пациентов, сахарный диабет 6,7%, дислипидемия выявлена у 50% больных, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний имели 6,7%, курили 16,7% пациентов. CASP до начала лечения в первой группе составило 136±2,1 мм рт.ст., во второй группе 134±2,7 мм рт.ст. Дозы препаратов подбирались индивидуально, титрация производилась, начиная с малых доз. Через 6 недель лечения плечевое АД снизилось в обеих группах до уровня нормотензии, в первой группе АД составило 137±2,9/87±1,2 мм рт.ст., во второй группе 138±1,6/89±0,3 мм рт. ст. CASP на фоне 6-ти недельной терапии снизилось в обеих группах, в первой группе на 5,7%, во второй группе на 3,0% и составило 128,2 мм рт.ст. и 130 мм рт.ст., соответственно ($p<0,05$).

Заключение. Наше исследование демонстрирует эффективность фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов со значительным снижением уровня плечевого АД и CASP у пациентов с артериальной гипертонией высокого риска 1–2 степени на фоне 6-ти недельной терапии. Однако, на фоне лечения препаратом Престанс отмечается более значительное снижение уровня CASP, по сравнению с терапией Лориста Н, НД ($p<0,05$), что, возможно, позволит снизить риск сердечно-сосудистых осложнений и требует дальнейших исследований.

033 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, АГ

Прибылова Н. Н., Семидоцкая И. Ю., Беззубцева М. В., Прибылов С. А., Панова С. О.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Проанализировать показатели церебральной гемодинамики и частоту деформаций отделов брахиоцефальных артерий у больных ИИ.

Материал и методы. Сравнивали 2 группы больных: 1 группа (25 пациентов) с АГ 2–3 ст. и ИБС, стабильной стенокардией напряжения 3 ФК и 2 группа (55 больных) с ИИ на фоне АГ 2–3 ст. и ИБС. 20 человек составляли контрольную группу без цереброваскулярной патологии. Всем больным проводили КТ мозга, УЗИ исследования БЦА сонных артерий по методике P. Pignoli, согласно классификации Т. В. Балаховой.

Результаты. У больных АГ 2–3 ст. зарегистрировано достоверное увеличение показателя АД среднего, в группе больных ИИ этот показатель достоверно снижается, но значительно превосходил показатель в группе здоровых лиц. Увеличение ОПСС достоверно было выше при ИИ (1,87±0,06 дин/с/см по сравнению с 1,39±0,06). Зарегистрировано снижение потоковой скорости крови в группе больных АГ, максимальная депрессия этих скоростных показателей отмечена у больных ИИ: для правой ОСА 70,2±4,8 см/с, для левой 65,1±2,3 см/с. Документировано увеличение ТИМ с обеих сторон до 0,15±0,03 см, особенно у лиц с отягощенной наследственностью по АГ и ИБС. Отмечен рост индекса периферического сопротивления Pi и Ri до 1,7287±0,08 и 1,87±0,09, ТАМХ в ВСА с депрессией до 31,4±2,0 в левой ВСА и до 29,4±3,6 см/с в правой ВСА. Атеросклеротические поражения экстракраниальных отделов БЦА выявлены у 48% со степенью поражения не выше 45%, у больных ИИ эти показатели были, соответственно, 52% с уменьшением просвета сосудов до 70%. При анализе нарушений сосудистой геометрии БЦА у лиц контрольной группы обнаружены С- и S-извитости у 27% при отсутствии бляшек, у пациентов с АГ 2–3 ст. у 36,3%, наибольшая элевация этого показателя выявлена у больных с ИИ до 58%о и у 65% этих пациентов обнаружены атеросклеротические бляшки.

Заключение. Формирование деформаций БЦА может объясняться факторами наследственной предрасположенности к аномалиям и перестройке сосудистого русла с последующим становлением АГ и развитием ИИ.

034 ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

Бек Н. С.
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

У больных гипертонической болезнью (ГБ) и ожирением (ОЖ) возникают многочисленные условия для развития вегетативного дисбаланса, с гиперсимпатикотонией или со снижением вариабельности ритма сердца (ВРС) за счет и симпатической, и парасимпатической регуляции, что способствует возникновению желудочковых нарушений кардиоритма, особенно на фоне гипертрофии левого желудочка. Увеличение электрической систолы QT и её дисперсии (dQT) вследствие замедленной и асинхронной реполяризации желудочков сердца и электрической негомогенности миокарда указывает на создание условий для нарушения электрической стабильности миокарда (ЭСМ).

Цель. Изучить особенности корреляционных связей между показателями, характеризующими ЭСМ: коррегированной QT (QTc), dQT с временными и спектральными характеристиками ВРС у больных ГБ с избыточной массой тела или ОЖ.

Материал и методы. Обследовано 55 мужчин с ГБ II стадии, возрастом 47,1±1,7, с избыточной массой тела, с индексом массы тела (ИМТ) 25–29,9 кг/м^2–14 пациентов, или с ОЖ 1 степени, с ИМТ 30–34,9 кг/м^2–41 пациент (группа 1); 20 здоровых пациентов, возрастом 42,9±1,4 (группа 2, контроль). Суточное мониторирование ЭКГ проводилось с использованием системы "Кардиотехника-04" (ЗАО "Инкарт" Россия). Результаты обрабатывались по программе "Statistica for Windows 6.0" (Statsoft, USA). Корреляционные связи между параметрическими показателями сравнивали по критерию τ Кендалла.

Результаты. Все достоверные связи QTc с временными и спектральными показателями были обратными. Так, множественные связи QTc общего, дневного и ночного, их средних и минимальных значений, с дневными и ночными величинами SDNN, SDNN index, SDANN, указывают на ассоциацию удли-

нения электрической систолы со снижением уровня ВРС. Связи QTc общего среднего и QTc дневного среднего с RMSSD ($\tau = -0,28$, $p = 0,04$ и $\tau = -0,30$, $p = 0,02$, соответственно) свидетельствуют о нарушении реполяризации при снижении парасимпатических влияний. При изучении спектральных показателей выявлено связи общее среднего значения QTc с дневными значениями VLF, отражающими гуморально — метаболический уровень кардиорегуляции ($\tau = -0,32$, $p = 0,02$), а QTc дневного минимального, как и среднего значения QTc ночного, с низкочастотным компонентом спектра LF дневным ($\tau = -0,40$, $p = 0,004$ и $\tau = -0,31$, $p = 0,03$, соответственно). Также выявлено достоверные обратные связи большинства значений QTc, среднего, дневного и ночного, кроме максимальных, с высокочастотным компонентом спектра HF, который преимущественно отражает парасимпатическую активность. В контрольной группе только величина общей dQT была обратно связана с pNN50 (%), отражающем парасимпатические влияния ($\tau = -0,30$, $p = 0,04$).

Заключение. У мужчин с ГБ и избыточной массой тела или ОЖ 1 степени формирование электрической негомогенности миокарда ассоциируется со снижением общей ВРС и мощности волн всех компонентов спектра (LF, HF, VLF).

035 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИОТРИАЗОЛИНА И ЭНЕРЛИВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, СОЧЕТАННЫМ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ ИЛИ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Белая И. Е., Коломиец В. И.

Государственное учреждение "Луганский государственный медицинский университет", Луганск, Украина

Цель. Изучить влияние тиотриазолина и энерлива на показатели системного воспаления и функцию эндотелия у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q в сочетании со стеатозом печени (СП) или неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ).

Материал и методы. Обследовано 60 больных с неалкогольной жировой болезнью печени. Из них у 53 (29 мужчин и 24 женщины, 63,74±1,87 года) диагностирован острый ИМ, сочетанный со СП и у 7 больных (4 мужчины и 3 женщины, 58,86±4,47 лет) — острый ИМ, сочетанный с НАСГ. В зависимости от получаемого лечения больные методом случайной выборки были разделены на 3 подгруппы. 1-я подгруппа больных (11 человек) принимала базисную терапию согласно протоколу оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда с зубцом Q. Больные 2-й подгруппы (20 человек) дополнительно к базовой терапии получали тиотриазолин в первые 5 дней в/м по 2 мл 2,5% раствора 2 раза в день, с 5 по 20 день — в таблетках по 100 мг 3 раза в день. Пациенты 3-й подгруппы (22 больных) и больные с ИМ и НАСГ принимали тиотриазолин в сочетании с энерливом по 2 капсулы 3 раза в сутки в комбинации с базисной терапией 3 недели. Уровень С-реактивного белка в плазме крови определяли унифицированным ультрачувствительным методом, нитрит-анионы и нитрат-анионы — спектрофотометрическим методом.

Результаты. У больных 1-й подгруппы уровень нитритов снизился на 13,6% ($p<0,01$), 2-й подгруппы — на 28,9% и 3-й подгруппы — на 33,7% ($p<0,001$), у больных с ИМ, сочетанным с НАСГ — на 20,9% ($p<0,05$). Содержание нитратов уменьшилось на 10,9% ($p<0,01$), на 17,1% ($p<0,001$), на 18,1% ($p<0,001$) и на 15,8% ($p<0,05$), соответственно. При этом доля нитритов в суммарном количестве NO составила в 1-й подгруппе больных 39,4%, во 2-й подгруппе — 36,2%, в 3-й подгруппе — 35,9%, в группе больных с сочетанным течением ИМ и НАСГ — 39,9%. Наиболее существенная положительная динамика отмечалась в 3-й подгруппе больных, где уменьшение этого показателя достигло 4,9% по сравнению с референтной группой. Наименьшая степень достоверности получена у больных с ИМ, сочетанным с НАСГ. В процессе лечения отмечается достоверное снижение уровня С-реактивного белка в плазме крови: в 1-й подгруппе больных — на 30,2% ($p<0,01$), во 2-й подгруппе — на 32,8% ($p<0,001$), в 3-й подгруппе — на 35,2% ($p<0,001$) и в группе больных с сочетанным течением ИМ и НАСГ — на 28,7% ($p<0,05$).

Заключение. У больных в остром периоде ИМ в сочетании со СП или НАСГ применение комбинации препаратов тиотриазолина и энерлива потенцирует положительный эффект на функцию эндотелия и активность системного воспаления. Более слабое действие комплексной терапии у больных ИМ, сочетанным с НАСГ, может быть связано с наличием асептического воспаления при этих двух нозологиях, в отличие от СП.

036 ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Беломеря К. В.

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

Цель. Выявить изменения психоэмоционального статуса пациентов молодого и юношеского возраста с ВПС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 64 студента учебных заведений г. Донецка, Украина. Основную группу составили 31 пациент с ВПС, средний возраст 19,52±0,48 лет, обоих полов: 17 (54,8%) женщин и 14 (45,2%) — мужчин. Из них 20 (64,5%) пациентов перенесли хирургическую коррекцию ВПС в детском возрасте, 11 (35,5%) человек — не переносили. Контрольную группу составили 33 здоровых сверстника, средний возраст — 19,91±0,46 лет, 16 (48,5%) женщин и 17 (51,5%) мужчин. Для комплексной оценки психоэмоционального состояния использовали психометрические тесты: "Опросник Спилбергера — Ханина для выявления уровня личностной и ситуативной тревожности", цветовой тест Люшера.

Результаты. Высокий уровень личностной тревожности был выявлен у 17 (54,8%) пациентов с ВПС, что было статистически значимо чаще, чем в контрольной группе [5 (15,2%) человек], $p<0,05$. Было отмечено, что пациенты основной группы статистически значимо более редко имели низкий уровень ситуативной тревожности в сравнении с группой контроля (4 (12,9%) и 17 (51,5%) человек, соответственно, $p<0,05$).

По результатам цветового теста Люшера было выявлено, что пациенты с ВПС имели статистически значимо более высокие значения гетерономности, что свидетельствует о пассивности, склонности к зависимости от окружающих (22 (70,1%) и 7 (21,2%), соответственно, $p<0,05$). Также, у пациентов с ВПС достоверно чаще, чем в контрольной группе отмечали концентричность (интровертированность, сосредоточенность на своих внутренних проблемах): 23 (74,2%) и 8 (24,2%) человек, соответственно, при $p<0,05$. Наличие противоречивости личностных свойств выявлено у 29 (93,5%) пациентов с ВПС и у 13 (39,3%) здоровых сверстников. Обращало внимание снижение работоспособности пациентов с ВПС. Так, низкий уровень работоспособности статистически значимо чаще констатирован у учащихся основной группы, в сравнении с контрольной (16 (51,6%) и 5 (15,2%), соответственно, при $p<0,05$).

Заключение. Полученные нами данные коррелируют с литературными данными о наличии психоэмоциональных особенностей у пациентов с ВПС. Высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, высокая степень интровертированности, противоречивость личностных свойств, возможно, являются причиной снижения работоспособности у этих пациентов. Указанное является основанием для проведения мероприятий, направленных на психосоциальную реабилитацию и адаптацию пациентов молодого возраста с ВПС.

037 ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА

Белякова И. В., Мухина П. Н., Зеленина Е. В., Воробьева Н. А.

Северный Государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Возрос интерес к изучению "новых" факторов риска коронарной болезни сердца, а именно — тромбофилических состояний.

Цель. Выявить взаимосвязь между неблагоприятным течение постинфарктного периода и тромбофилическими состояниями.

Материал и методы. В исследование включены мужчины, госпитализированные в МУЗ "ГБУЗ АО Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич" по поводу ОИМ с 1.09.2010 по 31.12.2010 (n=41).. Всем проведено генетическое исследование 6-ти генов системы гемостаза (F I 455, F II 20210, FV1691, MTHFR 677, PAI-1675, GpIIIa) в лаборатории генома человека ЦНИЛ СГМУ. Отдаленные результаты оценены в течение года по конечным точкам: нестабильная стенокардия (НС), ОНМК, ОИМ, реваскуляризациия, смерть от ИБС. Всем на госпитальном этапе проведено ЧТКА со стентированием инфарктсвязанной коронарной артерии, больные получали стандартную схему лечения по поводу ИБС. Для математической обработки результатов исследования использовался пакет компьютерной программы SPSS for Windows (версия 18). Для описания связи категориальных переменных использовались: критерий хи-квадрат, точный метод расчета независимости "Монте-Карло".

Результаты. Возраст пациентов Me 55 [45,0;60,25] лет. Уровень холестерина плазмы 5,53 [4,34;7,0] ммоль/л, фракция выброса левого желудочка Me 0,56 [0,50;0,63]. 80.4% пациентов страдали АГ. 60,9% курили. Число пораженных коронарных артерий Me 2 [1;3]. У 85,7% пациентов наблюдались патологические полиморфизмы системы гемостаза, из них 66,7% — имели сочетанные проявления генетических полиморфизмов. Гетерозиготная мутация в гене FV1691 G/A выявлена в 2,4% случаев. Полиморфизм в гене MTHFR 677 выявлен в 35,7% случаев. Полиморфизм в гене GpIIIa определен в 33,3% случаев. Полиморфизм в гене F I 455 у 35,7% пациентов. Полиморфизм в гене PAI-1 675–71,4% случаев. Гетерозиготная мутация в гене F II 20210 выявлена у 4,8% пациентов. Оценено течение постинфарктного периода и выявили взаимосвязь: между присутствием полиморфизма в гене GpIIIa 1565 и совокупной частотой осложнений постгоспитального периода ОИМ (χ^2=4,302, p=0,04), между наличием полиморфизма в гене PAI-1–675 и частотой развития рецидива стенокардии во 2-м полугодии перенесенного ИМ (χ^2=7,771, p=0,021), частотой экстренных ЧКВ (χ^2=3,539, p=0,047), между наличием полиморфизма в гене 455 G/A FGB и частотой экстренных ЧКВ и (χ^2=3,663, p=0,049), между частотой смерти от ИБС (χ^2=12,65; p=0,019), между наличием полиморфизма в гене МТГФР и рецидивом стенокардии (χ^2=19,461, p=0,001), проведением экстренных ЧКВ (χ^2=8,889, p=0,003).

Заключение. Наличие полиморфизма в гене GpIIIa 1565, в гене PAI-1–675, в гене 455 G/A FGB, в гене МТГФР является предиктором неблагоприятного течения постинфарктного периода. Это диктует необходимость проведения молекулярно-генетического исследования пациентов с ОИМ для своевременной коррекции показателей системы гемостаза.

038 ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕГУЛЯЦИЮ ГУМОРАЛЬНЫХ И ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бершова Т. В., Баканов М. И., Басаргина Е. Н., Соловьева Ю. В., Шматкова Ю. В.

ФГБУ "Научный Центр здоровья детей" РАН, Москва, Россия

В патогенезе недостаточности кровообращения (НК) большое значение отводится гипоксическому синдрому, последствия которого определяются развивающимися при этом тканевыми повреждениями. В силу этого в современной клинической практике все большее значение придается миокардиальной цитопротекции.

Цель. Установить закономерности изменений цитокинов, компонентов липидного комплекса и их молекулярных регуляторов при НК у детей с дилатационной кардиомиопатией.

Для выяснения механизмов влияния комплексной терапии, включающей ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), β1-адреноблокаторы, гликозиды и диуретики, у детей с НК исследовали содержание цитокинов (фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6)), молочной кислоты, общего холестерина (Хс), холестерина липопротеидов низкой (ХсЛПНП) и липопротеидов высокой плотности (ХсЛПВП) и общего оксида азота (NO) в сыворотке крови на фоне указанной терапии.

Материал и методы. В работе использован метод твердофазного иммуноферментного анализа определения цитокинов и NO; ферментативный колориметрический метод с применением реактивов фирмы "Хофман ля-Рош" на автоматическом биохимическом анализаторе "Synchron CX-5 delta" (США) для определения компонентов липидного комплекса и молочной кислоты.

Результаты. Обследовано 42 ребенка с ДКМП с различной степенью НК. Клиническая картина НК характеризовалась признаками левожелудочковой и тотальной сердечной недостаточности. У детей с НК до лечения выявлена корреляционная связь между концентрацией ИЛ-6 и коэффициентом систолического расслабления (r=0,61), что указывает на участие данного цитокина в нарушении систолической функции миокарда. Положительная динамика заболевания на фоне лечения отмечена у 45% больных, у которых было выявлено уменьшение содержания ФНО-α в 2,3 раза и ИЛ-6 в 1,8 раза, общего Хс в 1,2 раза, ХсЛПНП в 1,7 раза, молочной кислоты в 1,9 раза, уровня NO в 1,6 раза, а также повышение уровня ХсЛПВП в 1,1 раза по сравнению с их исходными значениями.

Заключение. 1. Эффективность кардиопротекторной терапии объясняется ее положительным влиянием на активацию окислительного фосфорилирования, стабилизацию цитомембран и на регуляцию клеточной активности. 2. Фармакологическая модуляция ИАПФ и β-адреноблокаторов при НК связана со способностью этих препаратов уменьшать степень гипоксического поражения миокарда, снижать продукцию изучаемых цитокинов и блокировать их негативное влияние на кардиомиоциты, воздействуя, таким образом, на нейрогуморальную регуляцию на системном и клеточном уровне. 3. Благоприятное действие β-адреноблокаторов возможно объясняется также их способностью уменьшать потребность кардиомиоцитов в кислороде и угнетать при этом локальный синтез цитокинов в сердце.

039 ОБУЧЕНИЕ В "ШКОЛЕ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТЫ" — ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Бешенцева И. М., Галин П. Ю.

ГБОУ ВПО ОрГМА, Оренбург, Россия

Цель. Повышение качества оказания медицинской помощи при внедрении образовательной программы для пациентов с высокими рисками тромботических событий, получающих антикоагулянтную терапию.

Материал и методы. В Клинике ОрГМА была организована и функционирует "Коагулошкола" для пациентов, получающих терапию антикоагулянтами (АК). Образовательная программа построена по принципам терапевтического обучения пациентов. Прошло 84 образовательных циклов: обучено 229 стационарных и 127 амбулаторных пациентов в возрасте от 16 до 63 лет, трудоспособного возраста — 61,6%. Все пациенты относились к группе риска и нуждались в назначении антитромботической терапии. 69,9% пациентов получали варфарин, остальным планировалось его назначение. Этиологические факторы: фибрилляция предсердий в 44,5% случаев (постоянная — 66, пароксизмальная — 89), протезы клапанов в 41,9% случаев, из них фибрилляция предсердий у 34,2%, системные эмболии в анамнезе — 7,9%, тромбофилии, манифе-

стировавшие артериальными или венозными тромбозами в 13,6%.

Обучение состояло из занятия продолжительностью от 60 до 90 минут в зависимости от контингента обучающихся. Содержание занятий включало информацию о причинах развития заболеваний, клинической симптоматике заболеваний, относящихся к группам риска развития тромботических осложнений, о целях лечения и его необходимости. Особое внимание уделялось контролю лечения, методах первой помощи при развитии возможных осложнений, факторам, способным повлиять на действие варфарина, режиме приема препарата и ситуациям, в которых следует обязательно связаться с лечащим врачом. Анализ эффективности обучения проводился всем пациентам. Уровень информированности о заболевании оценивался по результатам тестирования в баллах (до 10). Приверженность к терапии изучалась по анкетам и расценивалась как высокая, средняя, низкая.

Результаты. Уровень информированности пациентов до обучения у госпитальных больных составил в среднем 3,5±0,5 баллов, амбулаторные больные показали уровень в среднем 4,3±0,5. До обучения высокая приверженность лечения наблюдалась у 34,6%, средняя у 58,7%, низкая у 6,7% амбулаторных пациентов, у госпитальных высокая приверженность отмечена у 95%. Тестирование пациентов после обучения в "Коагулошколе" определило рост уровня знаний у амбулаторных пациентов до 8,3±0,5 баллов, у госпитальных до 5,6±0,5. По завершению обучения выразили готовность выполнять рекомендации врача с соответствующим лабораторным контролем 93,5% пациентов.

Заключение. 1. Пациенты с рисками тромботических осложнений имеют низкий уровень информированности о своем заболевании. 2. Обучение пациентов, получающих антогонисты витамина К, эффективно повышает информированность пациентов о заболевании, приверженность к терапии. 3. Внедрение обучающих программ — оптимальный путь в профилактике тромботических эпизодов и безопасности антикоагулянтной терапии.

040 ИЗУЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОРИГИНАЛЬНОГО РАЦЕМАТА НИБЕНТАНА

Блинова Е. В., Елизарова Ю. Н., Блинов Д. С., Мелешкин А. И., Сингх Л. Н., Грибанова Е. Н., Салямова Э. И.

ФГБОУ ВПО "МГУ им. Н. П. Огарева", Саранск, Россия

Ишемическая болезнь сердца является одной из наиболее частых причин нарушения ритма сердца, в том числе и наджелудочковых, к которым относятся мерцательная аритмия, трепетание предсердий, наджелудочковая пароксизмальная тахикардия. Отмеченные нарушения могут стать причиной внезапной смерти. В настоящее время по данным рандомизированных исследований для купирования вышеописанных нарушений сердечного ритма рекомендовано использовать антиаритмики III класса, представителем которого является нибентан.

Цель. Изучение острой токсичности и антиаритмической активности нового оригинального рацемата нибентана ЛХТ-01–14.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проводились на белых мышах обоего пола (n=150) и крысах-самцах линии Вистар (n=30). Острую токсичность определяли методом пробит-анализа (Миллер и Тейнтер), аконитиновую аритмию воспроизводили по методу Н. В. Кавериной. Предметом исследования явился новый оригинальный рацемат нибентана ЛХТ-01–14.

Результаты. На первом этапе мы изучили острую токсичность ЛХТ-01–14 при внутрибрюшинном введении мышам. Она оказалась ниже токсичности нибентана (55±4 мг/кг) и составила 81±7 мг/кг, что позволяет отнести данное вещество к классу умеренно-токсичных лекарственных веществ, токсичность которых расположена в диапазоне от 40–1250 мг/кг.

На втором этапе нашего исследования была изучена антиаритмическая активность ЛХТ-01–14. Для этого наркотизированным крысам в хвостовую вену вводили водный раствор аконитина в дозе 50 мкг/кг, после введения которого, у животных на первой секунде возникали тяжелые нарушения сердечного ритма, приводившие к летальности крыс. Средняя продолжительность жизни животного составила 13±3 с.

Введения водного раствора нибентана и ЛХТ-01–14 в дозе, составляющей 5% от LD50, за 10 минут до воспроизведения аконитиновой аритмии приводило к достоверному снижению частоты наджелудочковых аритмий, нарушений проводимости, однако не предотвращало летальности животных от наступающей желудочковых аритмий, переходящих в асистолию. Кроме того, обращает внимание тот факт, что продолжительность жизни животных, получавших нибентан, в среднем составляла 19±5 с, тогда как в группе животных, получавших ЛХТ-01–14, она достигала 47±4 с.

Заключение. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что новый рацемат нибентана ЛХТ-01–14 обладает антиаритмической активностью, и за счет меньшей токсичности способен не только купировать наджелудочковые аритмии, но и увеличивать продолжительность жизни животных с данными аритмиями.

041 АРИТМИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д. В., Салашенко А. О., Палько Н. Н.

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, Челябинск, Россия

Цель. Оценка взаимосвязи выявленных аритмий и показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) по результатам суточного мониторирования ЭКГ при гипертрофической необструктивной кардиомиопатии (ГНКМП).

Материал и методы. 53 больных ГНКМП (мужчин — 33, женщин — 20); средний возраст 43,4±1,74 года. Диагноз ГНКМП устанавливали согласно существующим рекомендациям. Инструментальный комплекс: ЭКГ в покое, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ. Определяли среднее количество наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ) и желудочковых экстрасистол (ЖЭС) за 1 час, пароксизмов наджелудочковых и желудочковых тахикардий (ЖТ), фибрилляции предсердий, за сутки и отдельно в дневное и ночное время. Рассчитывали параметры ВСР. Анализу подвергали суточную запись ЭКГ с расчетом усредненных показателей за 24 часа, во время дневного бодрствования и ночного сна. Основные параметры ВСР: стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов, рассчитанных на всех 5-минутных участках ЭКГ (SDANN), суточное среднеквадратичное различие между продолжительностью соседних синусовых интервалов (rMSSD), доля соседних синусовых интервалов, различающихся более чем на 50 мс в ночное время (pNN50n), мощность спектра высоких частот в ночное время (nHF), мощность спектра в области очень низких частот за сутки (VLFdn), суточная мощность спектра низких частот (LFdn).

Результаты. Преобладающими НРС оказались ЖЭС (у 60% больных) и частая НЖЭ (42%), преобладали ЖЭС низких градаций. Эпизодов пароксизмальных ЖТ не обнаружено, ввиду преобладания пациентов с относительно умеренными проявлениями заболевания. В целом аритмический синдром имел место у 96% больных. Для выявления взаимосвязей между результатами суточного мониторирования ЭКГ и показателями ВСР был выполнен корреляционный анализ. Возникновение НЖЭ днем коррелировало со снижением парасимпатической активности ночью (коэффициент корреляции = –0,450, $p<0,05$), то есть с преобладанием симпатического тонуса в ночное время. Для частоты НЖЭ за сутки также выявлена обратная корреляция с показателем VLFdn (коэффициент корреляции = –0,453, $p<0,05$) Удалось получить достоверную прямую корреляцию между частотой ЖЭС в час ночью и LFdn (коэффициент корреляции = 0,391, $p<0,05$). Отрицательная корреляция между уровнем нейрогуморальной и центральной регуляции с одной

стороны, и частотой НЖЭ с другой, может отражать повышение симпатической активности, об этом же свидетельствует прямая связь частоты ЖЭС и уровня симпатической регуляции, представленного показателем LFdn.

Заключение. Таким образом, при ГНКМП возникновение как желудочковых, так и наджелудочковых аритмий может быть связано с повышением ночной симпатической активности и снижением вариабельности сердечного ритма.

042 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д. В.
ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, Челябинск, Россия

Цель. Оценка выраженности основных клинических проявлений при гипертрофической необструктивной кардиомиопатии (ГНКМП) и их взаимосвязи с результатами инструментальных исследований.

Материал и методы. Обследованы 97 больных ГНКМП, мужчин — 57 (59%), средний возраст 42,0 ±14,9 года. Диагноз ГНКМП устанавливали согласно существующим рекомендациям. Семейная форма выявлена у 52 (42%) человек. По возрасту начала (выявления) заболевания больные распределялись следующим образом: до 39 лет — 80 (65%) человек, 40 лет и старше — 43 (35%) человека. Стаж заболевания составил в среднем 11,8±10,1 года. Инструментальный комплекс включал в себя регистрацию ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, ФКГ, ЭхоКГ в одно- и двухмерном режимах, допплер-эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты. В исследованной группе при ГНКМП самыми частыми оказались "аритмические" жалобы (перебои в работе сердца, сердцебиения), а также кардиалгии, отмеченные, соответственно, в 53 и 52% случаев. Признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) I ФК установлены у 46 (47%) человек. Данные пациенты отмечали появление одышки либо утомляемости при нагрузках выше обычных. II ФК ХСН выявлен у 26 (27%), III ФК — у 13 (13%) больных. Не предъявляли жалоб 12 (12%) пациентов, мы посчитали целесообразным выделить их в особую группу. Стенокардия и синкопальные состояния встречались примерно с равной частотой — примерно у 20% пациентов. В исследованной группе преобладала ХСН I ФК (48%). При ГНКМП выраженность ХСН в большей степени определяется дилатацией левого предсердия, а также стажем заболевания и индексом относительной толщины стенок, в меньшей степени — сократительной функцией левого желудочка, гипертрофией правого желудочка. Не обнаружено четкой связи клинических и структурно-функциональных проявлений с семейной или спорадической формой ГНКМП, что объясняется, по-видимому, трудностью выявления в наследственном анамнезе бессимптомных форм ГНКМП. У пациентов с кардиалгиями достоверно чаще отмечены синкопальные состояния (14 против 4 больных без кардиалгий, $p < 0,05$), а также ХСН II ФК (20 против 5 у больных без кардиалгий, $p < 0,05$). Данные больные имели больший стаж заболевания и более низкие цифры систолического АД. Пациенты с кардиалгиями отличались достоверно более низкими значениями минутного и ударного объемов, более коротким периодом изоволюмического расслабления левого желудочка и более высоким градиентом обструкции выносящего тракта левого желудочка. У пациентов с более ранним началом болезни в клинике преобладали нарушения сердечного ритма, а из структурно-функциональных особенностей обращала на себя внимание меньшая выраженность гипертрофии миокарда и дилатации полостей сердца. Напротив, пациенты с более поздним началом ГНКМП отличались более выраженной диастолической дисфункцией левого желудочка.

043 ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИБС

Богунецкий А. А.
ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Продемонстрировать возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) в анализе эффективности операции аорто-коронарного шунтирования на левом желудочке у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В работе приняло участие 28 пациентов (мужчины) средним возрастом 58±1,6 лет с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда в анамнезе. Каждому участвовавшему в исследовании больному проведена МРТ на аппарате с индукцией магнитного поля 1,5 Т с использованием ssfp-импульсной последовательности. Осуществлялось получение изображений миокарда в режиме динамического ("кино") сканирования с последующей оценкой функциональных показателей ЛЖ сердца: фракции выброса (ФВ), а так же конечно-систолического и конечно-диастолического объёмов (КСО, КДО) до операции аорто-коронарного шунтирования и по истечении 2–3 недель после реваскуляризации. Выделены две группы обследуемых: с увеличением ФВ ЛЖ (16 человек) и отсутствием значительного прироста данного показателя (12 человек) после проведенного оперативного вмешательства по сравнению с данными до операции. В последующем проводилось сопоставление величин объёмных показателей (КДО и КСО левого желудочка) у данных групп пациентов до и после операции.

Результаты. Для сравнения величин ФВ ЛЖ в до- и послеоперационный периоды (с учетом того, что рассматриваемые подгруппы являются зависимыми и включали в себя небольшое количество пациентов), применялся непараметрический тест Уилкоксона (Wilcoxon). В период до 2–3 недель после реваскуляризации улучшение сократительной способности миокарда отмечено у 57% больных. У группы с увеличением ФВ в сравнении с дооперационным значением величина КДО ЛЖ уменьшилась на 19%, а КСО ЛЖ — на 22%. У группы же пациентов со снижением ФВ ЛЖ после операции КДО ЛЖ снизился на 15%, а значение КСО на 8%. В послеоперационный период у больных с увеличением ФВ прослеживалось уменьшение значения КДО ЛЖ в 1,3 раза, а КСО ЛЖ в 2,8 раза по равнению с таковыми показателями у группы пациентов с уменьшением ФВ после реваскуляризирующего вмешательства.

Заключение. Благодаря результатам, полученным с помощью МРТ сердца, врач может обладать ценной информацией о состоянии пациента. Данный метод лучевой диагностики позволяет определить степень выраженности улучшения функционального состояния ЛЖ. Это дает возможность не только оценить качество проведенной операции в ближайшие 2–3 недели после реваскуляризации, но и позволяет спрогнозировать положительный или отрицательный результат аорто-коронарного шунтирования в отдаленный послеоперационный период.

044 КУБАНСКИЙ РЕГИСТР ОСТРЫХ АОРТАЛЬНЫХ ДИССЕКЦИЙ ТИП А (КУБРАДА)

Болдырев С. Ю., Белаш С. А., Россоха О. А., Ким Г. И., Барбухатти К. О., Порханов В. А.
Краевая клиническая больница № 1, Краснодар; Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Острая диссекция аорты тип А — жизнеугрожающее состояние, требующее неотложного хирургического вмешательства.

Цель. Анализ распространенности, хирургического лечения и результатов вмешательств у больных с острой диссекцией аорты тип А по классификации Stanford.

Материал и методы. Мы создали Кубанский регистр острых аортальных диссекций тип А (КУБРАДА) — первый Российский локальный регистр острых аортальных диссекций тип А, где проживает около 5 миллионов жителей. Регистр был инициирован Кубанской рабочей группой хирургии аорты в 2011. Эта база данных была разработана для учета пациентов с острой диссекцией восходящей и дуги аорты, которые были подвергнуты хирургии. Регистр включает период между 2003 и 2013 г.г. Параметры пациентов с диссекцией аорты включают информацию о пред– и интраоперационном статусе, предоперационных данных визуализации, нейропротекции, гипотермии, методах канюляции, перфузионной технике, операционной стратегии, послеоперационных осложнениях, среднепромежуточных результатах и причинах смерти.

Результаты. Текущий анализ включает 62 пациента. 48 (77,4%) пациентов мужчины, средний возраст 51,6±11,5 лет (от 28 to 76). Аортальная регургитация III ст. отмечена у 11 (16%) пациентов. Госпитальная летальность составила 24,2% (15/62).

Заключение. КУБРАДА является первым опытом регистрации острых аортальных диссекций типа А. Все специалисты получат выгодную возможность анализа данных и оптимизации тактики лечения данной патологии.

045 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПАССИВНОМ ОРТОСТАЗЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Боронова В. Б., Протасов К. В.

ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздрава России, Иркутск; НУЗ ДКБ на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО "РЖД", Иркутск, Россия

Цель. Изучить вариабельность ритма сердца во время длительного пассивного ортостаза (тилт- теста) у лиц с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Обследованы 85 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) (средний возраст 47,0±9,6 лет) и 40 пациентов контрольной группы без ГБ (средний возраст 46,5±9,6 лет). Группы были сопоставимыми по возрасту и полу. Проводили тилт — тест по Вестминстерскому протоколу. Анализировали и сравнивали спектральную плотность мощности низких частот LF в ms^2, высоких частот HF в ms^2, отношение низкочастотной к высокочастотной составляющей- LF/HF, общую мощность спектра –Total, до ортостаза (LF1, HF1, LF1/HF1, Total1), в течение первых пяти минут ортостаза (LF2, HF2, LF2/HF2, Total2), в течение последних 5 минут до развития ортостатической гипотонии (ОГ) или до окончания тилт-теста при отсутствии ОГ (LF3, HF3, LF3/HF3, Total3).

Результаты. В группе ГБ исходные спектральные параметры вариабельности ритма сердца были ниже (LF1–300,7 ms^2, HF1–169,8 ms^2, Total1–1063,5 ms^2) по сравнению с контрольной группой (LF1–612,2 ms^2, HF1–288,8 ms^2, Total1–2015,5 ms^2, соответственно, $p<0.05$), а LF1/HF1 в группах не различались. У лиц с ГБ при переходе в ортостаз отмечался прирост LF ($p<0.05$), вместе со снижением HF ($p<0.01$), соответственно, LF/HF увеличился с 2,1 до 3,8 ms^2 ($p<0.01$), а Total возрос до 1570 ms^2 ($p<0.05$). В контрольной группе в течение первых пяти минут ортостаза наблюдалось незначимое снижение LF, но отмечалось снижение амплитуды HF с 288,8 до 85,4 ms^2 ($p<0.01$) в первые 5 минут ортостаза и повышение LF/HF с 2,3 до 5,7 ms^2 ($p<0.01$), показатель Total не изменялся. При этом LF2 в группе ГБ и контроля различались (328,8 и 567,3 ms^2; $p<0.05$), в отличие от HF2 (76,7 и 85,4 ms^2; $p=0.1$). За 5 минут перед окончанием тилт- теста продолжалась тенденция к увеличению LF в группе ГБ, а в контрольной группе LF продолжал снижаться, хоть и без достоверных различий между группами. HF в обеих группах достоверно снижался, а LF/HF значимо увеличился в контрольной группе. Частота развития ОГ в обеих группах не различалась ($p=0.48$). При сравнении лиц с ОГ в группе ГБ ($n=9$) и контрольной группе ($n=5$) LF1, HF1, Total1 были без достоверных различий. В ходе ортостаза в группе ГБ не было значимых изменений параметров ВРС, тогда как в контрольной группе произошло снижение исходного HF с 308,3 до 73,2 ms^2 ($p<0.04$), с тенденцией к дальнейшему снижению до 19,2 ms^2 ($p<0.05$) вместе со снижением LF с 323,4 до 91,6 ms^2 ($p<0.05$). LF3/HF3 в группе контроля превышало исходный показатель в 5,5 раза ($p<0.05$), а в группе ГБ LF3/HF3 остался без значимых сдвигов.

Заключение. У больных с ГБ исходная мощность низкочастотного (LF) и высокочастотного (HF) компонентов спектра была ниже, чем в контрольной группе. В ходе тилт- теста в обеих группах отмечалась симпатическая активация, у пациентов с ГБ — за счет увеличения LF и снижения HF, а у здоровых лиц — только за счет снижения HF. При развитии ортостатической гипотензии у здоровых лиц отмечена отчетливая симпатическая активация за счет снижения HF, в то время как у больных с ГБ значимых сдвигов LF и HF в момент ортостатической реакции не отмечалось.

046 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ СДВИГИ ВО ВРЕМЯ ТИЛТ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Боронова В. Б., Протасов К. В.

ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздрава России, Иркутск; НУЗ ДКБ на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО "РЖД", Иркутск, Россия

Цель. Изучить сдвиги гемодинамики во время тилт- теста у лиц с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от режима гипотензивной терапии.

Материал и методы. Обследованы 85 пациентов с ГБ (средний возраст 47,0±9,6 лет), мужчин 76 (89,4%), женщин 9 (10,6%). Регулярно принимали гипотензивные средства 61 пациент. Проводили тилт — тест по Вестминстерскому протоколу. Анализировали и сравнивали исходное артериальное давление (АД) и сдвиги систолического (САД), диастолического (ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) во время ортостаза каждые 2 минуты.

Результаты. Пациенты, получающие гипотензивную терапию были достоверно старше (49,0±9,6 лет), чем пациенты, не принимающие лечение (42,0±9,7 лет; $p= 0,01$). Стаж ГБ составлял, в среднем, 5,9 лет, длительность лечения в среднем 2,3 года. Монотерапию получали 24 пациента (39,3%), комбинацию двух препаратов –30 (49,2%), трех препаратов — 6 (9,8%), четырех препаратов –1 (1,6%). Основную долю в монотерапии составляли ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) /блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА) — 95,8%. Наиболее часто использовалась комбинация ИАПФ и диуретиков в — 76,7% случаев. В группе пациентов с ГБ, не принимающих лекарственные препараты ($n=24$) отмечался достоверно значимый прирост ЧСС в ортостазе (в среднем на 15,5 в минуту) по сравнению с пациентами с ГБ, принимающие лекарственные препараты ($n= 61$, в среднем на 11 в минуту; $p= 0,04$). Минимальное САД в ортостазе у лиц с ГБ, принимающих гипотензивную терапию (120,0 мм рт. ст.) и у лиц с ГБ, не принимающих гипотензивную терапию (125,0 мм рт. ст.; $p= 0,6$) не различалось. У пациентов с ГБ, принимающих комбинацию ИАПФ и диуретика, отмечался меньший прирост ДАД в ортостазе (в среднем на 1 мм рт. ст.), по сравнению с пациентами с ГБ, не принимающие гипотензивные препараты (в среднем на 7 мм рт. ст.; $p=0,03$). При этом степень снижения САД в ортостазе в исследуемых группах не различалась. Положительный тилт-тест зарегистрирован у 9 лиц в группе ГБ (10,6%), при этом наблюдался один обморок вазодепрессорного типа. Среди них гипотензивную терапию получали подавляющее большинство — 8 пациентов- 89%. У всех восьми пациентов в лечение входил ИАПФ, при этом у пяти в комбинации с диуретиком, у одного в комбинации с бета-адреноблокатором, у одного комбинация трех препаратов (ИАПФ, диуретика и антагониста кальция), у одного комбинация из четырех препаратов (ИАПФ, БРА, диуретик, бета-адреноблокатор).

Заключение. У больных с ГБ тилт-индуцированная ортостатическая гипотензия выявлена в 10,6% случаев. Большинство (8 из 9) получало регулярную комбинированную гипо-

тензивную терапию на основе ИАПФ. Пациенты с ГБ, получающие гипотензивную терапию реагируют на тилт- тест меньшим приростом ЧСС, чем пациенты с ГБ, не принимающие гипотензивную терапию. На фоне приема комбинированной терапии ИАПФ и диуретика отмечался меньший прирост ДАД.

047 ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Бортный Н. А.
Медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) признана ВОЗ одной из самых распространенных сердечно-легочных заболеваний в Америке и Европе.

Разнообразие рентгенологической картины и произвольная интерпретация результатов исследования приводят к тому, что в ряде случаев ТЭЛА протекает под "маской" других патологических состояний. Следует отметить, что даже нормальная рентгенологическая картина не позволяет исключить наличие ТЭЛА. Целью исследования было определение оптимальных и достоверных методов лучевой диагностики ТЭЛА на современном этапе.

Материал и методы. Проведено комплексное исследование 20 пациентов с инфарктом миокарда и подозрением на ТЭЛА. Мужчин было 12 (60%), женщин — 8 (40%). Всем больным проведена рентгенография органов грудной клетки (ОГК) как в палате, так и при необходимости в условиях рентгеновского кабинета. У 5 пациентов рентгенограмма ОГК была дополнена продольной томографией. 10 больным проведена спиральная КТ легочная ангиография (СКТЛА) с высоким разрешением и шагом (1–2 мм).

Результаты. При рентгенологическом исследовании изменения выявлены у 14 пациентов (70%): — в виде инфаркта легкого у 7 (35%) пациентов, плеврита — у 10 больных, высокого положения купола диафрагмы на стороне поражения — у 12 человек. У всех пациентов определялись изменения легочного рисунка, обусловленные левожелудочковой недостаточностью (от венозного типа застоя до центральной артериальной легочной гипертензии). Следовательно, бесконтрастная методика исследования для уточнения состояния малого круга кровообращения при подозрении на ТЭЛА является весьма полезной, однако очевидно, что методом экспресс-диагностики ее быть не может, потому что: — наиболее достоверные признаки проявляются при инфаркте легкого не ранее 2-х суток; тяжесть состояния больных и опасность ТЭЛА у пациента с инфарктом миокарда при рентгеноскопии не позволяет проводить обследования в вертикальном положении, тем более полипозиционно и полипроекционно; информация, которая при этом, получается, является недостаточной для решения вопроса об оперативном вмешательстве. В отличие от рентгенографии при СКТЛА у 6 пациентов (30%) визуализировался обрыв и расширение тромбированной артерии. Расширение ствола легочной артерии определялась во всех исследованных при СКТЛА.

Заключение. Таким образом, СКТЛА является методом выбора, наиболее достоверной и неинвазивной методикой. Эффективный алгоритм лучевого исследования определяется тем, какой диагностической техникой оборудован стационар. При наличие обычного рентгендиагностического аппарата, мы предлагаем выполнять обзорную рентгенограмму ОГК, по возможности, в прямой и боковой проекциях. В некоторых случаях (кроме острого периода ТЭЛА) полипозиционную рентгеноскопию ОГК или обычную линейную томографию. В хорошо оснащенных стационарах СКТЛА должна рассматриваться как начальный визуализационный метод выбора, особенно у пациентов с высоким уровнем недиагностических случаев.

048 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Британов А. Н., Елисеева Н. А., Деев А. Д., Мирошник Е. В., Инарокова А. М., Дроздецкий С. И., Нечаева Г. И., Сибирева В. В.
ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

С целью разработки алгоритма интегральной оценки здоровья, основанного на результатах обследования репрезентативных выборок в пяти регионах России с использованием специально разработанных вопросников и функциональных методов было проведено популяционное исследование в организованных коллективах (обследовано 2227 человек в возрасте 18–65 лет: из них 1336 женщин). Методами для оценки здоровья служили опросники на выявление социально-экономического статуса, соматического и психологического состояния здоровья (механизмы психологической защиты — МПЗ). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакетов SAS. Достаточно часто наблюдалась подверженность эмоциональному стрессу. "Возможный ощущаемый стресс" по шкале "PSS" определялся — у 13% и у 46% у мужчин зрелого и пожилого возраста, а также у 20% и у 55% женщин, соответственно. Наконец, "определенный ощущаемый стресс" наблюдался у 5% лиц зрелого возраста и у 11% мужчин и у 21% женщин пожилого возраста. С помощью логистической регрессии показана достоверная связь "нездоровья", уровня образования и определенного ощущаемого стресса при $p<0,0005$; и проекции (МПЗ) — при $p<0,06$ и регрессии (МПЗ) при $p<0,1$. Когда объединили все МПЗ в их негативных значениях была выявлена высокодостоверная связь МПЗ (не норма) с большинством перенесенных соматических заболеваний ($p<0,001$). У женщин негативные проявления МПЗ выражены достоверно в большей степени, чем у мужчин ($p<0,007$). При анализе по возрастам видно, что в возрасте до 50 лет негативные проявления МПЗ выражены в меньшей степени (до 28%), тогда как в 50–60 лет — в 37,8%, а в 60–65 лет — 57,7% ($p<0,001$). При самооценке нравственного потенциала личности респондентов, выявлен очень низкий процент по шкале "счастье", во всех возрастных периодах: мужчины от 70,3%±8,8 в 25–34 г до 86,3%±7,7 в 60–65 лет — считают себя "несчастливыми". Молодые женщины в возрасте 25–34 г. ощущают себя "несчастливыми" в 100%, а в остальных возрастных группах — от 67,9%±9,9 до 86,2%±5,8. В 2012–2013 годах скрининг одной и той же организованной популяции через 3 года проведен у 1047 человек. При изучении корреляционной связи новых конечных точек в зависимости от 2-х типов переменных (физиологических и психологических) было выявлено, что психологические признаки сильно опережают по значимости влияния на состояние здоровья популяции физиологические параметры ($p<0,0078$ против $p<0,078$). При логистической регрессии выявлена достоверная связь "конечных точек" со шкалами МПЗ: отрицание при $p<0,1$, регрессия при $p<0,02$.

Таким образом, было выявлено, что в профиле МПЗ доминируют примитивные механизмы, такие как проекция, регрессия, отрицание; у большинства людей из выборки сформирован патогенный стиль рефлексии (неумение разрешать проблемную ситуацию с учетом когнитивных средств психики респондента).

049 ВЛИЯНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ИНФОРМАЦИИ НА ПРОДОЛЖЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УДАЛЕННОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ЦЕНТРА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Булаева Ю. В., Наумова Е.А, Семенова О. Н.
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Изучить факторы, влияющие на приверженность респондентов с патологией сердечно-сосудистой системы к длительному приему медикаментов после выписки из терапевтического отделения центральной районной больницы Саратовской области.

Материал и методы. Проводился опрос пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на госпитальном лечении в отделении терапии ЦРБ, не имевших факторов исключения, и, согласившихся участвовать в исследовании. По истечению 6 месяцев после выписки больных из стационара производились контрольные телефонные звонки. С помощью однофакторного анализа и пошаговой логистической регрессии проводилось определение наличия связи между описанными характеристиками.

Результаты. В опросе согласились принять участие 127 пациентов, 108 (85%) -заполнили анкету полностью, 62 (57%) — женщины, медиана возраста — 60 лет. Спустя полгода удалось связаться с 86 (80%) опрошенных, 44 (51%) продолжают приём назначенной терапии в полном объёме. Источником информации о заболевании для пациентов являются: 78 (72%) — лечащий врач, 16 (15%) -газеты, журналы и интернет, 14 (13%) — другие больные. Через 6 месяцев полностью продолжили терапию 32 (58%) опрошенных, назвавших основным источником о заболевании лечащего врача, 8 (50%) пациентов — для которых источником информации о заболевании являются газеты, журналы и интернет, 4 (29%) — другие больные (p=0,00098). 44 (41%) опрошенных спрашивали у врача как лучше лечить их заболевание, через 6 месяцев 22 (50%) продолжили приём медикаментов (p=0,03754). 46 (43%) респондентов спрашивали у врача вылечивается ли их болезнь, через полгода 30 (65%) — продолжили лечение (p=0,00360). На вопрос хотели бы Вы знать всю правду о своей болезни 4 (5%) опрошенных ответили, что готовы знать всё, но только не диагноз неизлечимой болезни, 38 (44%) — "нет, врач знает, что мне можно сказать", 44 (51%) — "да, без всяких исключений, даже если это смертельная болезнь". Через 6 месяцев 4 (100%) пациентов, не готовых слышать диагноз неизлечимой болезни прекратили лечение, 24 (63%) респондентов, утверждающих, что врач знает, что им можно говорить продолжили приём лекарств, и 20 (46%) опрошенных, готовых знать всю правду, о поставленном диагнозе, продолжили лекарственную терапию в полном объёме (p=0,00084). По результатам регрессионного анализа можно сделать вывод, что предожирение и нормальный показатель ИМТ, отношение пациента к своему здоровью, как к его собственной заботе, мнение, что болезнь является результатом предыдущей жизнедеятельности, информированность о заболевании — какие таблетки и когда принимать, куда обращаться за помощью, и удовлетворенность лечением на госпитальном этапе, достоверно влияют на отношение пациентов к лекарственной терапии. (p=0,00000).

Заключение. Приверженность выше, если основным источником о заболевании является лечащий врач. Пациенты неохотно интересуются вопросами этиологии и патогенеза их заболевания, им важнее знать режим приём препаратов. Только половина респондентов готова знать всю правду о диагнозе, даже если это смертельная болезнь.

050 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ РЕЙТИНГ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ МИКРОВОЛЬТНОЙ АЛЬТЕРНАЦИИ Т-ВОЛНЫ

Вайханская Т. Г., Коптюх Т. М., Сидоренко И. В., Курушко Т. В., Геворкян Т. Т., Фролов А. В.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель. Изучение взаимосвязи микровольтной альтернации Т волны (мАТВ) с желудочковой тахиаритмией (ЖТА) и ремоделированием левого желудочка у пациентов с ДКМП и сердечной ресинхронизирующей терапией (СРТ).

Материал и методы. В исследование включено 59 пациентов с ДКМП (64,4% муж; 47,9±11,2 лет; ФК NYHA 3,1±0,3; ПБЛНПГ с QRS 164±29 мс; ФВ ЛЖ 24,5±7,4%) с имплантированными бивентрикулярными устройствами (у 27 — CRT-D, у 32 — CRT-P). Комплексное исследование (ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, 7-мин ЭКГ с использованием "Интекард-7"-программы анализа желудочковой эктопии и мАТВ), проводили всем пациентам до имплантации устройств, через 3, 6 и 12 месяцев наблюдения. Оценку мАТВ на фоне СРТ проводили при нативном желудочковом проведении (режим VVI-40 или 0V0). ЖТА-события учитывали по данным ХМ ЭКГ (ЖТ\ФЖ) и телеметрии устройств (разряд или АТР-терапия ЖТ).

Результаты. Эффективная СРТ у пациентов с ДКМП выявлена в 69,5% случаев (по критериям клинико-гемодинамического ремоделирования); в 30,5% с клиническими, ЭКГ и ЭхоКГ показаниями ресинхронизация оказалась не эффективной. В группе с успешной СРТ (n=42) уст. пароксизмов ЖТ не выявлено в периоде наблюдения от 4±1,5 до 12,6±1,5 мес.; в целом, в группе СРТ (n=59) через 12,6±1,5 месяцев после СРТ отмечалось уменьшение среднего значения мАТВ с 48,2±16,3 мкВ до 33,1±15,6 мкВ (p=0,001) и повышение ФВ ЛЖ с 24,7±6,4% до 32,1±5,3% (p=0,001), но в группе с ЖТА эпизодами достоверных изменений показателя мАТВ не выявлено (40,1±10,7 мкВ против 42,7±11,8 мкВ, p=0,428). В группе с эффективной СРТ обнаружено достоверное уменьшение показателя мАТВ с 43,6±16,1 мкВ до 20,3±5,62 мкВ; p=0,000, отсутствие эпизодов ЖТА и достоверная положительная корреляция между изменением мАТВ, отсутствием ЖТА событий и изменением конечных объемов ЛЖ (для КСО коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r) составил 0.66, p=0,000; для КДО — r=0.55, p<0,001) и отрицательная корреляция с изменением фракции выброса ЛЖ (r= –0.61, p=0,000). Проведенный вероятностный анализ отношения шансов и многофакторный ROC анализ позволили определить независимый предиктор риска ЖТА событий у пациентов с ДКМП и СРТ — показатель мАТВ (OR: 4,05; 95% ДИ: 1,85–9,23; p<0,001) с высоким прогностическим уровнем (S=0,902; 95% ДИ: 0,849–0,967; p=0,000; чувствительность 80%, специфичность 89%) порогового среднего значения мАТВ — 36,5 мкВ.

Заключение. Достоверная корреляция между позитивным ремоделированием ЛЖ, отсутствием ЖТА и положительной динамикой (уменьшение) теста мАТВ выявлены только у пациентов с эффективной СРТ. С помощью многофакторного ROC анализа определен независимый предиктор риска ЖТА событий — мАТВ с пороговым значением 36,5 мкВ, что позволяет использовать снижение уровня мАТВ в качестве антиаритмического рейтинга эффективной СРТ.

051 СКРИНИНГОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАННИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Васильева Л. В., Булат А. А.

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель. Раннее выявление возможных "факторов риска" заболеваний, таких, как, гиперлипопротеинемия, отягощенная наследственность, артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена, избыточная масса тела, психоэмоциональные и поведенческие факторы риска (физическое перенапряжение, гипокинезия, курение, нарушения в режиме и характере питания), имеет важное значение для поиска возможных путей коррекции с целью их первичной профилактики.

Материал и методы. Проведено скрининговое обследование 840 человек в возрасте от 18 до 25 лет и у 192 человек выявлены факторы риска хронических неинфекционных заболеваний.

Использовалась экспресс-оценка состояния сердечно-сосудистой системы с использованием классических специально разработанных и апробированных тестов.

Результаты. При оценке факторов риска с помощью прибора смокелайзер, выявлено, что 27% людей курящих, относятся к группе умеренных курильщиков (что соответствует концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе СО 11–20 рмм). Также отмечается низкая физическая активность и нерегулярное питание. Комплексная оценка антропометри-

ческих показателей и анализ внутренних сред организма при исследовании на биоимпедансметре показала, что у 28% людей их масса тела и ИМТ были достоверно выше по сравнению с возрастными и половыми нормативами. Сопоставляя результаты исследования между жировой массой, активной клеточной массой, безжировой массой и количеством общей воды, преобладающим фактором явилась жировая масса с повышенным содержанием жира в организме.

При использовании компьютеризированной системы "поли-спектр" в ходе скрининга сердечно-сосудистой системы выявлено 66.7% патологии сердца. Артериальная гипертензия в целом установлена у 33% обследованных. При использовании экспресс- анализатора для определения общего холестерина и глюкозы в крови выявлено 6,8% обследованных с повышенными значениями.

Заключение. Основными факторами риска развития болезней системы кровообращения среди лиц молодого возраста являются курение, гиподинамия, низкая физическая активность, нерациональное питание, что в совокупности приводит к избыточной массе тела и ожирению.

Отсутствие сведений и разработок по профилактике соответствующих факторов риска, обуславливают к разработке специфического скринингового подхода.

052 ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Васильев А. П., Стрельцова Н. Н.

Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Негативная роль гиперхолестеринемии в клинической практике обычно ассоциируется с его атерогенными свойствами. Однако повышенное содержание холестерина (ХС) в крови может оказывать отрицательное влияние на физиологические процессы микроциркуляции (МЦ).

Цель. Изучение особенности МЦ у больных ИБС с гиперхолестеринемией.

Материал и методы. Обследовано 48 здоровых лиц (средний возраст 36,8±2,1 года) и 87 больных ИБС со стенокардией I–II функционального класса (средний возраст 52,2±4,3 года). Последние были разделены на 2 равнозначные по клинико-анаместическим данным группы: 1 — с уровнем ХС в крови < 5,2 ммоль/л (n=27) и 2 >5,2 ммоль/л (n=60). Среднегрупповой уровень ХС в крови в 1-й группе пациентов составил 4,5±0,08 ммоль/л, во 2-й — 6,5±0,1 ммоль/л. При исследовании микроциркуляции (МЦ) методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) оценивали объем тканевой перфузии (перф. ед), амплитудные показатели, отражающие эндотелиальную (Аэ), нейрогенную (Ан), миогенную (Ам) активность микрососудов. Пассивные факторы регуляции представлены показателями венозного оттока (Ад) и пульсовым кровотоком (Ас). В ходе окклюзионной пробы определяли резерв капиллярного кровотока (РКК). Осуществляли распределение МЦ по гемодинамическим типам с выделением нормоциркуляторного, гиперемического, спастического и застойного вариантов.

Результаты. Установлено, что у больных 2-й группы амплитуда эндотелиальных колебаний кровотока была на 34% ниже по сравнению с показателями 1-й группы ($p<0,01$). Связь между уровнем ХС в крови и эндотелиальной функцией подтверждается отрицательной корреляцией между ХС и Аэ ($r=-0,3$; $p<0,015$). О выраженной дисфункции у больных 1 группы свидетельствует также РКК, составивший у них 199,6±8,4%, против 245,9±13,3% ($p<0,001$). У пациентов 2 группы выявлено также увеличение миогенной активности прекапилляров на 39,8% и рост показателя шунтирования на 18,2% ($p<0,01$). При этом объем тканевой гемоперфузии у больных с повышенным уровнем ХС в крови был заметно ниже (5,2±0,12 перф.ед против 6,3±0,39 перф.ед в 1 группе исследуемых; $p<0,01$). Анализ гемодинамических типов показал, что у больных 2 группы значительно чаще встречался спастический вариант (31,2% против 22,2% в 1 группе) и реже выявлялся наиболее сбалансированный нормоциркуляторный тип (15,6% против 27,8%).

Заключение. Микроциркуляторная картина, у больных ИБС с гиперхолестеринемией, характеризуется депрессией всех факторов активной регуляции периферического кровотока с увеличением микрососудистого сопротивления. При этом интенсификация непродуктивного артериоло-венулярного кровотока сопровождается снижением объема тканевой гемоперфузии и резерва капиллярного кровотока. Это уменьшает функциональный потенциал адаптации больных с коронарной недостаточностью, что, безусловно, имеет негативное клинико-прогностическое значение.

053 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Вахмистрова Т. К., Вдовенко Л. Г., Пинес А. Л., Третьякова Л. В., Лопина Е. А.

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академии, Оренбург; ГБУЗ Оренбургская районная больница, Оренбург, Россия

Результаты последних клинических исследований свидетельствуют о том, что повышенное центральное аортальное систолическое давление (CASP) является одним из главных независимых показателей, указывающих на высокую вероятность сердечно-сосудистых заболеваний и, впервую очередь, инсультов. Уровень CASP является интегративным гемодинамическим показателем, косвенно отражающим состояние всего сердечно — сосудистого русла. Разница между периферическим систолическим артериальным давлением (САД) и CASP получила название амплификационного давления (АмД), или давления усиления. Известно, что эффективный контроль CASP улучшает кардиоваскулярный прогноз.

Цель. Оценить гендерные различия центрального аортального систолического давления у больных в отдаленном периоде после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациентов, перенесших ОНМК в анамнезе (от 3 до 5 лет), в возрасте от 49 до 66 лет (средний возраст 55,75±7,10 года), из которых 15 мужчин и 15 женщин, проживающих в Оренбургском сельском районе. Диагноз подтверждали данные анамнеза, физикального исследования, а также результаты УЗДГ (HADECO Япония), эхоэнцефалоскопии (Сономед315) и ЭКГ (AT-1 "SCHILLER"). Оценивали средние показатели периферического систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления и число сердечных сокращений (ЧСС). Исследовалось центральное аортальное систолическое давление (Λ-pulse CASPal Сингапур) и рассчитывалось амплификационное давление (АмАД).

Результаты. Средние показатели ЧСС, САД, ДАД и центральное аортальное систолическое давление (CASP) соответствовали норме и составили, соответственно, 71,88±5,88 уд/мин., 139,01±18,41 мм рт.ст., 90,88±8,64 мм рт.ст. и 131,50±15,95 мм рт.ст. Среднее значение амплификационного давления было ниже нормы (7,51±3,04 мм рт.ст.). Гендерные различия выявлены по средним значениям CASP и амплификационного давления. У женщин CASP выше, чем у мужчин, соответственно, 140,02±10,41 мм рт.ст. и 125,11±8,05 мм рт.ст. Разница между САД и CASP почти в 2 раза больше у мужчин 9,10±2,41 мм рт. ст. против 5,33±1,33 мм рт.ст. у женщин.

Заключение. 1. Средние значения CASP у больных перенесших ОНМК на верхней границе нормы. 2. Средние значения АмД ниже нормальных у всех больных по возрасту. 3. Показатели CASP и АмД у женщин достоверно отличаются от таковых у мужчин.

054 ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Вахрушева Ю. В., Миролюбова О. А., Яковлева А. С.
ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет", Архангельск, Россия

Цель. Выявить предикторы повторных сердечно-сосудистых событий у пациентов после острого инфаркта миокарда (ОИМ) в течение года наблюдения.

Материал и методы. Были последовательно включены 50 пациентов, поступавших с диагнозом ОИМ. Возраст составил 55,5±9,4 года, мужчин было 41 (82%). Оценивались демографические показатели, факторы риска, предшествующее течение ИБС, данные госпитального периода (методы реперфузии, симптомы, лабораторные данные, осложнения, диагноз при выписке, медикаментозное лечение). Симптомы начала ОИМ: боль в груди была у 48 пациентов (96%), у 2 (4%) — диспноэ и синкопальное состояние. Время от начала симптомов до госпитализации составило Md 147,5 (78,8; 262,5) мин. 47 (94%) пациентов поступили в стационар в пределах 12 часов от начала симптомов. I класс тяжести ОИМ по классификации Killip был у 34 (68%) больных, II класс — у 14 (28%), III — у 1 (2%), IV класс — у 1 (2%). Коронарография была выполнена 41 (82%) больному. Из 39 пациентов с диагнозом "ОКС с элевацией сегмента ST" активной реперфузионной тактике были подвергнуты 33 пациента (84,6%). Через год наблюдения оценены исходы: жизненный статус, повторное коронарное событие (ИМ), сердечно-сосудистая смерть, инсульт (ОНМК), реваскуляризация миокарда.

Результаты. Из 50 пациентов исходы острого ОИМ через год наблюдения были оценены у 48 пациентов, сведений о 2 больных получить не удалось. Повторный нефатальный ИМ случился у 4 пациентов (8,3%); инсульт — у одного (2,1%); сердечно-сосудистая смерть — у 2 (4,2%), от других причин умер один пациент (2,1%). В течение года наблюдения выполнено 3 чрескожных коронарных вмешательства (ЧКВ) (6,3%) и 9 пациентам (18,8%) — операция АКШ. Частота "больших" сердечно-сосудистых событий (смерть от кардиальных причин, ИМ, ОНМК) — 6 случаев (12,5%). Частота комбинированной конечной точки (фатальный и нефатальный ИМ, ОНМК, потребность в ЧКВ или АКШ) — 13 (27,1%). Для поиска предикторов повторных сердечно-сосудистых событий (ССС) все традиционные факторы риска закладывались в регрессионные модели. Только сахарный диабет и частота сердечных сокращений (ЧСС) при поступлении оказались значимыми предикторами повторных событий в течение года после ОИМ. ЧСС при поступлении в стационар у пациентов без последующих "больших" ССС составила 73,0±13,3 уд. в мин против 96,7±22,3 уд. в мин (p=0,001) у больных с "большими" ССС в течение года наблюдения. Площадь под кривой ЧСС была для "больших" ССС 0,825 (95% ДИ 0,574–1,000), p=0,011. Точка разделения — ЧСС при поступлении 79 уд в мин. Чувствительность 83,3%, специфичность 68,3%. Точка разделения — ЧСС при поступлении 89 уд в мин. Чувствительность 66,7%, специфичность 82,9%. Выявлена связь сердечно-сосудистых событий в течение года наблюдения с фракцией изгнания перед выпиской из стационара (χ^2–19,028; p < 0,001. Phi — 0,643; p<0,001).

Заключение. Предикторами повторных сердечно-сосудистых событий в течение года наблюдения у пациентов после ОИМ оказались сахарный диабет и ЧСС при поступлении в стационар по поводу индексного события.

055 ВЕГЕТАТИВНАЯ "ЦЕНА" НОРМАЛИЗАЦИИ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛИЗИНОПРИЛА

Вебер В. Р., Рубанова М. П., Жмайлова С. В., Губская П. М., Евсеев М. Е.
Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель. Изучить изменения вегетативной регуляции у больных артериальной гипертензией (АГ) женщин на фоне длительной терапии лизиноприлом в состоянии покоя и при холодовой пробе ХП.

Материал и методы. Обследованы 16 женщин больных АГ II ст. (ESH/ESC, 2013), средний возраст 50,05±1,7 лет, без признаков сердечной недостаточности, ранее не получавших регулярную антигипертензивную терапию. Исследование центральной гемодинамики проводилось методом тетраполярной грудной реографии с расчетом показателей — среднее АД (АДср.), сердечный индекс (СИ), ударный индекс (УИ) и индекс периферического сопротивления сосудов (ИПСС). Для изучения функций вегетативной нервной системы (ВНС) были использованы: метод вариационной интервалометрии с определениепределялись следующие параметры: амплитуда моды (АМо,%) — число значение интервалов R-R, соответствующих наиболее часто встречающимся значениям; коэффициент монотонности (КМ) — отражающие активность симпатического звена ВНС; индекс напряжения (ИН), характеризующий активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура регуляции; спектральный метод анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) с определением низкочастотной составляющей компоненты (LF), отражающей состояние сосудодвигательного цента, сверхнизкочастотной составляющей (VLF) характеризующей влияние высших вегетативных центров и высокочастотной компоненты (HF), за формирование которых ответственна эфферентная парасимпатическая активность и их соотношений — LF/HF, VLF/HF. Обследование проводилось в состоянии покоя до лечения и через 3 месяца терапии лизиноприлом. В исследование включены только те больные у которых был достигнут и стойко удерживался целевой уровень АД. Определялись коррлеционные связи (корреляции Спирмена) между гемодинамическими и вегетативными показателями.

Результаты. До начала антигипертензивной терапии у больных АГ была выявлена корреляционная связь вегетативных показателей АМо, КМ, ИН только с одним показателем гемодинамики УИ: корреляционная зависимость средняя (p<0,05). Между другими гемодинамическими показателями и вегетативными показателями ВСР и показателями вариационной интервалометрии никаких корреляционных зависимостей не было выявлено.

Через 3 месяца терапии лизиноприлом, когда у наблюдаемых больных был достигнут целевой уровень АД, практически между всеми исследуемыми гемодинамическими показателями: ДАД, АДср, СИ, УИ, ИПСС и вегетативными показателями (ранее перечисленными) была выявлена средняя и высокая корреляционная связь (p<0,05). Так, например, ДАД и HF: r= –0,77 (p=0,006); ИПСС и VLF/HF: r=0,70 (p=0,01): СИ и LF: r=0,594 (p=0,04)

Заключение. Полученные результаты позволяют высказать мысль о том, что достижение целевого уровня АД сопровождалось у больных АГ значительным усилением вегетативных влияний на гемодинамику. Нормализация АД у исследуемых пациентов (даже через 3 месяца от начала лечения), достигалась за счет значительного напряжения регуляторных систем.

056 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Вершинина А. М., Реут Ю. С., Гапон Л. И., Третьякова Н. В., Копылова Л. Н., Кожурина А. О.
Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель. Изучить влияние препарата Эксфорж (фиксированная комбинация валсартана и амлодипина) производства фирмы Novartis Pharma, Швейцария на состояние сосудистого ремоделирования и ремоделирование миокарда левого желу-

дочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС) по данным проспективного наблюдения.

Материал и методы. В исследование включены 62 пациента АГ 1–111 степени в возрасте 30–60 лет. Основная группа — 42 пациента АГ с признаками МС и группа сравнения –20 больных без метаболических нарушений. 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 (CAYI), лодыжечно — плечевой индекс (ABI). ЭХОКГ проводилась на эхокардиографе GE "Vivid 4". Массу миокарда ЛЖ вычисляли по формуле R. Devereus и N Reicheck. Определяли тип ремоделирования миокарда ЛЖ.

Результаты. Целевой уровень АД по среднесуточным показателям (данные СМАД) на фоне лечения препаратом эксфорж достигнут при 1 ст. АГ у 100% пациентов, при 2 ст. АГ — в 83,3% наблюдений, при 3 ст. АГ — 63, 64%.Анализ состояния жесткости артерий у пациентов АГ на фоне МС 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 ± 0,48 м/сек до 12,41±0,28 м/сек, p≤0,01). Показатель индекса жесткости артерий (CAYI) возрастал по мере увеличения степени АГ (от 6,4±0,15 при АГ 1ст. до 7,63±0,23 при 3 ст. АГ, p≤0,05) и достоверно снижался на фоне терапии (p<0,05). Анализ типов ремоделирования ЛЖ показал, что при АГ на фоне МС чаще наблюдается концентрическая гипертрофия ЛЖ (p<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. Масса миокарда ЛЖ в основной группе на фоне терапии препаратом эксфорж достоверно снизилась (p<0, 001).

Заключение. Применение препарата эксфорж оказывает не только выраженный антигипертензивный эффект, но и благоприятное влияние на состояние жесткости артерий, как независимого фактора риска сердечно — сосудистых осложнений, а также способствует нормализации геометрии ЛЖ, улучшая прогноз у больных АГ на фоне метаболического синдрома.

057 ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА: ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Винокурова Т. В., Милованова Е. В.

БУ ХМАО-Югры "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Изучение результатов пренатальной диагностики врождённых пороков сердца в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО-Югре) за 2011–2013 гг.

Материал и методы. Анализ проведён по данным кабинета диспансеризации окружного кардиодиспансера г. Сургута по пренатальному регистру врождённых пороков сердца (ВПС), в котором имеются результаты фетальной ЭХО-КГ беременных женщин с выявленным ВПС плода и новорождённых. Анализ проведен за 3 года (2011–2013 гг.). Использованы статистический и аналитический методы, данные представлены в виде абсолютных и относительных величин.

Результаты. В окружном кардиодиспансере фетальная ЭХО-КГ экспертного уровня проводится беременным после обнаружения отклонений при проведении акушерского ультразвукового скрининга по месту жительства и беременным с высоким риском хромосомной патологии плода. Во время исследования подтверждается или отвергается диагноз ВПС. При обнаружении ВПС у плода беременная женщина консультируется детским кардиологом и сердечно-сосудистым хирургом, определяется прогноз и варианты лечения выявленного порока.

За 3 года в регистре содержатся данные на 181 беременную женщину с выявленным ВПС плода, из них в 2011 г.— 29, в 2012 г.— 65, в 2013 г.— 87.

При постнатальной диагностике у новорождённых диагноз ВПС подтверждён 119 (66%) пациентам, из них в 2011 г.— 20 (69%), в 2012 г.— 40 (62%), в 2013 г.— 59 (68%). У 45 пациентов (25%) после рождения ВПС не обнаружен. У 17 пациентов (9%) диагностирован отличный от выявленного пренатально ВПС.

Заключение. В ХМАО-Югре при проведении фетальной ЭХО-КГ в 66% случаев постнатальный диагноз совпадает с пренатальным, 25% пациентов с пренатально диагностированным ВПС при рождении не имеют порока сердца, у 9% пациентов выявлен отличный от пренатального врождённый порок сердца. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высоком уровне пренатальной диагностики врождённых пороков сердца в ХМАО-Югре.

058 СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гайдарова А. Х., Котенко Н. В., Разинкин С. М., Князева Т. А.

ФГБУ "РНЦ Медицинской Реабилитации и Курортологии МЗ РФ", Москва, Россия

В качестве дополнительного этапа обследования женщин позднего репродуктивного периода, планирующих беременность, была предложена система интегральной комплексной скрининговой оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Цель. Выявление корреляционных зависимостей между показателями факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и данными обследования при помощи аппаратно-программного комплекса в группе пациенток позднего репродуктивного возраста.

Материал и методы. Было обследовано 48 женщин планирующих беременность, в возрасте от 35 до 45 лет (средний возраст 38.9±2.3 года). В ходе исследования оценивались образ жизни, вредные привычки, антропометрические параметры, клинические и лабораторные данные. Проводилась скрининговая оценка функционального состояния пациенток на аппаратно-программном комплексе методами кардиоинтервалографии, электросоматографии и биоэлектрографии. Линейные корреляционные связи между исследуемыми признаками оценивались статистическим параметрическим методом расчета коэффициента Браве-Пирсона.

Результаты. Коэффициент корреляции составил >0,6 между риском развития функциональных отклонений коронарного кровотока по данным скрининг-диагностики и курением более 10 сигарет в день, биохимическими данными липидного спектра, артериальной гипертензии более 140/90 мм. рт.ст. в анамнезе и изменения параметров центрального и периферического кровотока, показателями веса, объема талии.

Данные сердечного выброса, ударного объема, общего периферического сопротивления сосудов, скорости пульсовой волны коррелировали с показателем активности регуляторных систем методики кардиоинтервалографии и высоким кардиологическим риском по данным электросоматографии, отражающими функциональные изменения коронарного кровотока. Коэффициент корреляции находился в диапазоне средних значений 0,50<r<0,69.

Уровень глюкозы капиллярной крови имел умеренную связь с рисками функциональных изменений коронарного кровотока по данным скрининг- диагностики, коэффициент корреляции составил 0,5.

Заключение. Риск срыва адаптационных механизмов сердечно-сосудистой системы вызванный беременностью, значительно возрастает у курящих женщин старше 37 лет с повышен-

ным липидным профилем, показателями веса и объема талии. Ранее выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в позднем репродуктивном периоде является жизненно необходимым условием профилактики серьезных осложнений беременности, как со стороны матери, так и со стороны плода.

059 ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Галин П. Ю., Мельникова О. С.
ГБОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия" Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель. Определение особенностей клинического течения некоронарогенной ишемии миокарда в зависимости от пола и возраста больных артериальной гипертонией.

Материал и методы. С этой целью было отобрано 67 больных артериальной гипертонией (16 женщин, 51 мужчин), с уровнем клинического АД, соответствующего 1, 2 и 3 степени, с документированной преходящей ишемией миокарда и нормальными или малоизмененными коронарными артериями. Диагностика артериальной гипертонии проводилась в соответствии с рекомендациями Российского кардиологического общества (ВНОК, 2010 г). Всем больным помимо стандартных клинических и лабораторных методов исследования, выполнялась ЭхоКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, брахиоцефальных артерий, функциональные нагрузочные пробы, коронароангиография. При необходимости проводилась перфузионная сцинтиграфия миокарда с дозированной физической нагрузкой и в покое.

В качестве критериев включения выступали: наличие артериальной гипертонии, стенокардитического синдрома у пациента, а также выявление ишемии миокарда по результатам функциональных нагрузочных проб, определение зон гипоперфузии миокарда при выполнении перфузионной сцинтиграфии миокарда, отсутствие выраженных атеросклеротических изменений коронарных артерий по результатам коронароангиографии. В исследование не включались пациенты, имевшие симптоматическую АГ, использовавшие препараты, способствующие повышению АД. Беременные женщины также не включались в исследование.

Результаты. Среди всех обследованных больных АГ с клиникой стабильной стенокардии и документированной ишемией миокарда без гемодинамически значимых изменений коронарных артерий был 51 мужчина (76,1%) и 16 женщин (23,9%), что, по-видимому, связано с более частым выполнением коронароангиографии у мужчин. Средний возраст всех пациентов составил 56,4±2,16 года, в т.ч. мужчин — 56,4 г., женщин 56,3 г., средний стаж АГ у мужчин составил 10,6 лет, у женщин 9,8 лет. Длительность течения АГ до появления стенокардитических симптомов у мужчин составила 7,4 года, у женщин 7,3 года. Обращает на себя внимание явное преобладание правого типа кровоснабжения миокарда по результатам коронароангиографии (47 случаев), что составило 70,5%, над левым (13 случаев, 19,4%) и сбалансированным типом кровоснабжения миокарда (7 случаев, 10,1%). И у женщин и у мужчин установленный факт носил однонаправленный характер.

Заключение. Таким образом, некоронарогенная ишемия миокарда у больных артериальной гипертонией чаще встречается у лиц среднего возраста, имеющих длительный стаж АГ и правый тип кровоснабжения миокарда вне зависимости от пола.

060 ПРЕДИКТОРЫ ТЕМПОВ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гаспарян С. С., Фурсов А. Н., Потехин Н. П., Чернавский С. В.
ФГКУ "Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко" МО РФ, Москва, Россия

В настоящее время метаболический синдром (МС) рассматривается как фактор риска развития различных нозологических форм и их осложнений. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) является одним из клинических исходов течения МС. Выявление предикторов темпов развития СД 2 у больных с метаболическими нарушениями представляет несомненный клинический интерес.

Нами было проведено обследование и 7-летнее проспективное наблюдение за 201 (134 мужчин и 67 женщин) больными МС. Диагноз МС соответствовал критериям ВНОК (2004, 2009 гг.), возраст обследованных был 42,9±3,4 года, длительность МС составила 7,3±1,6 года. К конечной точке исследования у 144 (71, 9%) больных развился сахарный диабет 2 типа (СД 2), тогда как у остальных 57 (28,1%) — он не диагностировался. В первые 3 года наблюдения СД 2 развился у 30 (20,8%) больных, к 5-му году был диагностирован еще у 71 (49,3%) обследованного, а к окончанию периода наблюдения — еще у 43 (29,9%) пациентов

Всем больным наряду с общепринятым обследованием выполнялись эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, триплексное сканирование брахиоцефальных артерий, исследовался уровень ряда гормонов сыворотки крови.

Нами с помощью методов корреляционного анализа были выявлены предикторы темпов развития СД 2 у больных МС, которые были объедены в отдельные группы.

В первую из них — "полиметаболические нарушения" вошли показатели липидного обмена (уровень общего холестерина и триглицеридов), функционального состояния печени (значения трансаминаз) и анамнестические данные (наследственность, склонность к вредным привычкам).

Вторую группу признаков МС, определяющих темпы развития МС, составили показатели "гормональных нарушений" (значения ангиотензина II, альдостерона, кортизола и показателей основного обмена).

Третью группу вошли показатели АД (максимальные, минимальные и средние) и параметры центральной гемодинамики (конечный систолический, диастолический и ударный объем левого желудочка сердца, его фракция выброса, показатели минимальной и максимальной ЧСС, а также скорость кровотока по брахиоцефальным артериям).

Признаки, представленные в группах, показали достоверную корреляционную связь с темпами развития СД 2 у больных с метаболическими нарушениями, что делает основание учитывать их при разработке индивидуальных программ профилактики данного исхода МС в целях замедления его формирования.

061 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Гасташева М. А., Кутенкова И. В., Мкртчян В. Р.
ГБУЗ " НПЦ Психоневрологии" ДЗМ, Москва, Россия

По данным Всероссийской организации здравоохранения, в развитии преждевременной смертности от сердечно сосудистых заболеваний существенную роль играют три фактора риска: артериальная гипертония, курение и гиперхолестеринемия. Далеко не новость, что Артериальная гипертония является самым распространённым фактором риска, определяющим прогноз заболеваемости и смертности от сердечно сосудистой патологии.

Развитие артериальной гипертонии возможно вследствие, как патологии сердечно-сосудистой системы, метаболических нарушений, симтоматических проявлений поражения других органов, так и нарушений центрального генеза, в том числе нельзя игнорировать участия нервно-психических расстройств. Еще на уровне диагностических и доказательных возможностей первой половины XX в. Д.Д. Плетнев одним из первых клиницистов-терапевтов обратил внимание на трудности дифференциально-диагностической оценки состояния соматических больных, имеющих психоэмоциональные нарушения (тревожные, депрессивные аффекты и невроз страха), в насто-

ящее время широко изучаемые в аспекте коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и психических расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Необходимо отметить, что по данным разных авторов психопатологические расстройства невротического уровня выявляются у 45–80% больных гипертонической болезнью. Большим достижением является принятые в России рекомендации по профилактике сердечно сосудистой смертности (пересмотр от 2012г), где наряду с уже известными факторами риска учитываются психосоциальные факторы, влияющие на кардиоваскулярный риск и прогноз. Первое российское многоцентровое проспективное (трехлетнее) исследование (КООРДИНАТА) выявило, что клинически значимая тревожная симптоматика (свыше 11 баллов по HADS) имеет место у 33%, депрессивная симптоматика — 30% больных артериальной гипертонией. Установлена связь тревожной и депрессивной симптоматики с целым рядом психосоциальных факторов риска сердечно сосудистой заболеваемости. Показано, что коморбидные сердечно сосудистые заболевания, тревожные и депрессивные состояния могут являться причиной избыточного использования больными ресурсов здравоохранения. В связи с чем, возникает необходимость выявления наличия тревожных расстройств на ранних стадиях артериальной гипертонии, для уточнения их роли, как в генезе артериальной гипертонии, так и дифференциации с проявлениями тревожного синдрома. Становиться актуальной проблема выработки критериев дифференциации проявлений тревожных расстройств с так называемой, эсенциальной артериальной гипертензией, поскольку тактика лечения таких больных должна отличаться.

В связи со сказанным актуальным является установление дифференциально-диагностических критериев артериальной гипертензии, как ведущего заболевания и артериальной гипертензии, как проявление тревожного синдрома и рационального выбора тактики лечения.

062 РИСК ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ Г.НОВОСИБИРСКА ИСПЫТЫВАЮЩИХ СТРЕСС В СЕМЬЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ “МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ”

Гафаров В. В.[1,2], Панов Д. О.[1,2], Громова Е. А.[1,2], Гагулин И. В.[1,2], Гафарова А. В.[1,2]

[1]Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; [2]ФГБУ НИИ терапии и профилактической медицины СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние стресса в семье на риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта в женской популяции 25–64 лет в течение 16 лет в Сибири.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ “MONICA-психосоциальная” в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Стресс в семье был изучен с помощью анкеты “Знание и отношение к своему здоровью”. В исследование были включены лица, не имеющие кардиоваскулярной патологии в анамнезе. При помощи программы ВОЗ “Регистр Острого Инфаркта Миокарда” и динамического наблюдения за когортой в течение 16-летнего периода (1995–2010гг) были зарегистрированы все впервые возникшие случаи ИМ и инсульта, это 2,7% и 6,3%, соответственно. Для оценки относительного риска (HR) возникновения ИМ/инсульта использовалась Кокс регрессионная модель. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2.

Результаты. Распространенность высоких уровней стресса в семье в открытой популяции женщин 25–64 лет составила 20,9%. Отмечены тенденции увеличения частоты стресса в семье в самой младшей возрастной группе (25–34 лет) — 27,6%, и средней (45–54 лет) — 30,5%.

HR развития инсульта у женщин с высоким уровнем стресса в семье в течение 16 лет был в 3,53 раз выше, в сравнении с лицами с более низкими уровнями стресса (95.0%ДИ 1,82–6,84; p <0,001). Риск развития ИМ у женщин с высоким уровнем стресса в семье был в 5.59 раз выше (95.0%ДИ 1.99–15.70; p=0.001).

Наблюдались тенденции в увеличении частоты развития инсульта и ИМ в группе замужних женщин и у лиц со средним и начальным образованием и высоким уровнем стресса в семье. В отношении профессиональных групп определена тенденция более высокой частоты инсульта в категории “физический труд”, испытывающих стресс в семье, в сравнении с работницами физического труда без стресса (χ^2=3.69 df=1 p=0.055). ИМ чаще развивался у женщин в категории “ИТР” и “руководители” со стрессом в семье.

Заключение. В открытой популяции среди женщин 25–64 лет высокая распространённость стресса в семье — более 20%. В течение 16-летнего периода наблюдения когорты, женщины с высоким уровнем стресса в семье имеют существенно более высокий риск ИМ, инсульта. Частота развития ИМ, инсульта выше среди замужних женщин с низким уровнем образованием и высоким уровнем стресса в семье, занятых в профессиональной категории “руководитель”, “работник физического труда”.

063 СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ Г. НОВОСИБИРСКА: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ “МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ”

Гафаров В. В.[1,2], Панов Д. О.[1,2], Громова Е. А.[1,2], Гагулин И. В.[1,2], Гафарова А. В.[1,2]

[1]Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; [2]ФГБУ НИИ терапии и профилактической медицины СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние стресса на работе на риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта в женской популяции 25–64 лет в течение 16 лет в Сибири.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ “MONICA-психосоциальная” в 1994г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Стресс на работе был изучен с помощью анкеты Карасека. В исследование были включены лица, не имеющие кардиоваскулярной патологии в анамнезе. При помощи программы ВОЗ “Регистр Острого Инфаркта Миокарда” и динамического наблюдения за когортой в течение 16-летнего периода (1995–2010гг) были зарегистрированы все впервые возникшие случаи ИМ и инсульта, это 2,7% и 6,3%, соответственно. Для оценки относительного риска (HR) возникновения ИМ/инсульта использовалась Кокс регрессионная модель.

Результаты. Распространенность высоких уровней стресса на работе в открытой популяции женщин 25–64 лет составила 31.6%. Доля женщин с высоким уровнем стресса на работе была одинакова во всех возрастных группах.

HR развития ИМ у женщин с высоким уровнем стресса на работе в течение 16 лет был в 3,22 раз выше (95.0%ДИ 1.15–9.04; p<0,05), риск инсульта был в 1,96 раз выше (95,0%ДИ 1,01–3,79; p<0,05), в сравнении с лицами с более низкими уровнями стресса.

Наблюдались тенденции в увеличении частоты развития инсульта и инфаркта миокарда в группе замужних женщин со стрессом в семье в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами.

У женщин со средним (специальным) и начальным образованием и стрессом на работе отмечалась тенденция в более

высокой частоте инсульта, в сравнении с высшим. В отношении профессиональных групп просматривалась тенденция в увеличении частоты развития инсульта среди работниц физического труда и стрессом на работе у женщин; в категории "ИТР", пенсионеров и стрессом на работе доля женщин с ИМ была выше.

Заключение. Распространенность выраженного уровня стресса на рабочем месте в открытой популяции среди женщин 25–64 лет в России/Сибири высока, и составляет 31,6%. В открытой популяции среди женщин 25–64 лет с высоким уровнем ассоциированного с работой стресса относительный риск развития ИМ был в 3,22 раза выше; инсульта — в 1,96 раз выше в течение 16 лет. У женщин испытывающих стресс на работе отмечена связь между развитием острой кардиоваскулярной патологии и социальным градиентом: семейным положением, уровнем образования и профессиональным статусом.

064 ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА В ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Глухова Т. С., Осипова О. Н.
ГБОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздрава России, Казань, Россия

Цель. Оценить возможности тканевой спектральной допплерографии при эхокардиографическом исследовании систолической функции левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. Обследовано 32 пациента со сниженной фракцией выброса (EF) левого желудочка, из них17 мужчин и 15 женщин. Средний возраст пациентов составил 63,6±9,9 лет (49–85 лет). Причиной снижения сократительной функции левого желудочка у 26 больных явилась ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, у 6 человек — ДКМП. Фракция выброса в этой группе пациентов — 35,8±7,6% (26–42%). Группа контроля: 35 человек с нормальной фракцией выброса без каких-либо клинически значимых структурных изменений сердечно-сосудистой системы, средний возраст составил 37,7±12,2 года (20–69 лет), EF 63,0±3,9% (55–70%). Эхокардиографическое исследование проводилось на аппаратах CX50 фирмы Philips и Vivid7 фирмы GE секторным датчиком 2,5 МГц. Фракция выброса определялась в двухмерном режиме по формуле Симпсона. Тканевую допплерографию (ТД) в импульсноволновом режиме проводили из верхушечного доступа в 4-камерном сечении сердца. При помощи ТД на уровне фиброзного кольца митрального клапана в области его латеральной части определяли максимальную систолическую скорость движения боковой стенки ЛЖ $Sm_{л}$ и в области его медиальной части — максимальную систолическую скорость движения МЖП $Sm_{мжп}$. Для оценки систолической функции правого желудочка (ПЖ) определяли систолическую скорость движения фиброзного кольца трехстворчатого клапана в области боковой стенки ПЖ $Sm_{пж.}$ Рассчитывали среднее значение показателей, стандартное отклонение, коэффициент линейной корреляции Пирсона (r), достоверность различия средних значений (p) определяли с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты. У пациентов в обследованной группе $Sm_{л}$: 5,7±1,5 см/сек, в группе контроля $Sm_{л}$ 12,1±3,0 см/сек. (p<0,05). В обследованной группе больных также отмечается снижение систолического пика $Sm_{мжп}$ до 5,0±1,2 см/сек по сравнению с эталонной группой, в которой $Sm_{мжп}$ составил 9,2±1,9 см/сек (p < 0,05). Показатель сократимости ПЖ $Sm_{пж}$ у больных составил 9,5±1,5 см/сек, в контрольной группе — 13,7±2,8 см/сек (p<0,05). Коэффициент корреляции фракции выброса ЛЖ с $Sm_{л}$ r =0,72 и $Sm_{мжп}$ r=0,74.

Заключение. Правильная оценка систолической функции правого и левого желудочков сердца важна для клинициста. Выше рассмотренные показатели движения фиброзных колец атриовентрикулярных клапанов, полученные спектральной тканевой допплерографией, достоверно снижены у пациентов обследованной группы. При фракции выброса ЛЖ менее 42% $Sm_{л}$ ≤7,2 см/сек, $Sm_{мжп}$ ≤6,2 см/сек, $Sm_{пж}$ ≤11,0 см/сек. Данные корреляционного анализа фракции выброса ЛЖ с $Sm_{л}$ (r=0,72) и $Sm_{мжп}$ (r=0,74) дают основание широко использовать эти показатели в клинической практике.

065 ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ДОЗ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПЕРИНДОПРИЛА И ЭНАЛАПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ПАРАМЕТРЫ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I–II СТЕПЕНИ

Гонтаренко С. В., Морозова Т. Е.
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Оптимизация фармакотерапии артериальной гипертензии у больных с когнитивными нарушениями ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента с различными фармакологическими свойствами периндоприлом и эналаприлом на основе изучения состояния когнитивных функций и параметров кардиогемоинамики.

Материал и методы. У 82 больных (ж-50, м-32) в возрасте от 40 до 75 лет (ср.возраст 58,04±8,59 лет) проведен анализ параметров кардиогемодинамикии состояния когнитивных функций с использованием шкалы Mini-MentalStateExamination (MMSE), субъективной оценки памяти и внимания по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), психологических субтестов Векслера 5 и 7 исходно и через 12 недель лечения периндоприлом (П) в ср.сут. дозе 5 мг и 10 мг и эналаприлом (Э) в ср.сут.дозе 10 мг и 20 мг.

Результаты. На фоне П в дозах 5 и 10 мг/сут среднедневное САД достоверно снизилось на 23,60±5,63 и 25,05±8,09 мм рт.ст., соответственно, среднедневное ДАД — на 18,13±6,36 и 19,27±6,90 мм рт.ст., средненочное САД — на 20,47±4,75 и 26,05±8,05 мм рт.ст., средненочное ДАД — на 15,52±6,68 и 17,27±8,98 мм рт.ст., среднесуточное САД на 22,91±5,46 и 25,11±6,97 мм рт.ст., среднесуточное ДАД — на 16,73±5,71 и 18,33±7,88 мм рт.ст., соответственно (p<0,05 внутри групп во всех случаях, p>0,05 между группами). На фоне Э в дозах 10 и 20 мг/сут снижение уровня среднесуточного САД составило 18,23±7,30 и 22,2±10,96 мм рт.ст., ДАД –10,9±8,46 и 13,65±8,96 мм рт.ст.; среднедневного САД- 18,28±8,83 и 20,9±8,20 мм рт.ст., ДАД — 11,19±6,20 и 15,8±8,50 мм рт.ст.; средненочного САД –18,57±11,65 и 21,5±13,93 мм рт.ст., ДАД –10,61±12,65 и 13,4±12,34 мм рт.ст., соотвтетственно (p<0,05 внутри групп во всех случаях, p>0,05 между группами). Анализ состояния когнитивных функций показал, что под влиянием П в дозах5 и 10 мг/сут отмечено достоверное увеличение показателя по шкале MMSE с 28,47±1,44 до 29,56±1,2 (p=0,02) и с 27,83±1,33 до 28,86±1,3 (p=0,003); по субтесту Векслера 5 достоверное увеличение балла с 9,69±1,76 до 11,56±2,14 (p=0,001) и с 8,88±1,77 до 11,32±1,77 (p=0,001); по субтесту Векслера 7 с 42,69±12,26 до 51,65±9,54 (p=0,004) и с 35,11±10,47 до 48,05±10,14 (p=0,001). Отмечено также достоверное улучшение показателей по ВАШ памяти и внимания (p=0,001). На фоне терапии Э независимо от дозы не выявлено достоверной динамики показателей по шкале MMSE и субтестам Векслера.

Заключение. У больных АГ I–II ст. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента периндоприл в дозах 5 и 10 мг по сравнению с эналаприлом в дозах 10 и 20 мг вызывает более значимое снижение среднесуточных значений САД и ДАД и достоверное улучшение показателей когнитивных функций по данным нейропсихологического тестирования, что делает его применение наиболее оправданным у пациентов АГ с нарушениями когнитивных функций.

066 О ВЛИЯНИИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Горбунова С. И., Сергеева В. Н., Захарьян Э. С.**
Ставропольский Государственный медицинский университет, Ставрополь; *ГБУЗ СК "Городская клиническая больница № 3", Ставрополь Россия

В последнее время большое внимание уделяется состоянию и ранним стадиям расстройств углеводного обмена у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета (СД) в анамнезе. Результаты крупных исследований свидетельствуют о том, что развитие ОКС на фоне нарушений углеводного обмена (УО) ассоциируется с более высоким риском неблагоприятных ранних последствий и ухудшением отдаленного прогноза больных по сравнению с пациентами без диабета.

Цель. Изучение влияния нарушений углеводного обмена на клинические проявления у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материал и методы. Обследовано 215 пациентов с диагнозом ОКС, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении острого коронарного синдрома (ОКС) городской клинической больницы № 3 г. Ставрополя. Некоторые из них имели нарушение углеводного обмена (УО). Оценивалась дальнейшая трансформация первоначального диагноза, а также клиническое течение ОКС в данной группе пациентов.

Результаты. В исходе ОКС у 102 пациентов (47,4%) развился инфаркт миокарда (ИМ) и у 113 (52,6%) — нестабильная стенокардия. Доля пациентов с нарушением УО составила 25,1% (54 человека) — I группа, из них у 39 (72,2%) пациентов выявился сахарный диабет (СД) 2 типа, а у 15 (27,8%) — нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). II группу составили 161 человек (74,9%) — больные ОКС без нарушений УО. Отмечено, что ИМ у пациентов I группы в 13% случаев, а у пациентов II группы — в 1,9% — протекал в виде безболевого варианта, либо атипичных приступов стенокардии. У 12 (22,2%) больных с нарушением УО инфаркт миокарда осложнялся нарушениями сердечного ритма, а у 8 (14,8%) больных — проявлениями острой сердечной недостаточности. Во II группе эти осложнения встречались реже: 14,7% и 9,5% случаев — соответственно.

Заключение. Распространенность нарушений углеводного обмена в данной группе пациентов высока. Инфаркт миокарда развивается почти в половине случае ОКС. Клиническое течение ОКС на фоне нарушений УО имеет свои особенности: относительно высокую частоту эпизодов безболевой ишемии миокарда, развитие осложнений в виде нарушения сердечного ритма, острой сердечной недостаточности.

067 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ОЦЕНКОЙ ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Григоричева Е. А., Бондарева Ю. Л., Тышкевич Е. А., Коломейчук О. М., Кузнецова А. С.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель. Определить дополнительные возможности новых показателей суточного мониторирования артериального давления (АД) для определениея их места в клинической практике.

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов с АГ 1–2 стадии, в возрасте 40–59 лет, не получавших антигипертензивную терапию. Средний возраст включенных в исследование составил 54,3±4,1 года. Эхокардиография и ультразвуковое исследование сонных артерий проводилась на ультразвуковом сканере Logic-5 XP. Суточное мониторирование АД артериального давления проводилось с последующимрасчетом параметров СМАД и жесткости сосудистой стенки по стандартным методикам и с применением пакета прикладных программ Vasotens Office. В качестве маркеров повышенной жесткости сосудистой стенки взяты скорость распространения пульсовой волны (PWVao) и центральное давление в аорте (ЦАДАо).

Результаты. При анализе связей гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и параметров СМАД обнаружена достоверная связь средней силы ($r>0.3< p<0.05$) ИММЛЖ и систолического уровня АД как в дневные, так и в ночные часы, ассоциация ГЛЖ со снижением частоты сердечных сокращений. При анализе связи ТИМ с параметрами СМАД обнаружена связь средней силы с уровнем ДАД в ночные часы. Таким образом, повышение САД связано с ремоделированием сердца, а нарушение суточного ритма АД с повышением ДАД ночью (нон-дипперы) с ремоделированием сосудов.При анализе показателей ЦАДАо были подтверждены основные связи параметров гемодинамики с поражением органов-мишеней, то есть ассоциация систолического АД с ИММЛЖ, а диастолического АД ночью с увеличением ТИМ. Факт отсутствия дополнительной информации о статусе сердечно-сосудистого риска не дает оснований для широкого клинического применения этого показателя. Получена сильная положительная корреляционная связь среднесуточной PWVao с ИММЛЖ ($r=0.61$) и с ТИМ ($r=0.64$). Аналогичные показатели получены при расчете среднедневных и средненочных PWVao. Факторный анализ показал относительную независимость PWVao от других, гемодинамических показателей СМАД. При анализе осциллограмм у 150 добровольцев нормативным значением PWVao при проведении СМАД принято 10.1 см/с. Превышение этого значения повышает риск ГЛЖ у пациентов с АГ в 8 раз (ОР 8,1, $p<0.01$), а риск увеличения ТИМ в 7 раз (ОР 7,3, $p<0.001$).

Заключение. 1. Повышение САД по данным СМАД связано с ремоделированием сердца, а нарушение суточного ритма АД с повышением ДАД ночью (нон-дипперы) с ремоделированием сосудов. 2. Комплексным независимым показателем сердечно-сосудистого ремоделирования является среднесуточная PWVao больше 10.1 см/сек. Превышение этого значения увеличивает риск ГЛЖ у пациентов с АГ в 8 раз, а риск увеличения ТИМ в 8 раз.

068 ГЕНТСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА МАРФАНА И МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА В МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Григоричева Е. А., Лукманова Г. Р., Барышева В. О., Истомина И. В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель. Выявить распространенность Гентских критериев синдрома Марфана и ассоциированных с ними малых аномалий развития сердца у практически здоровых в возрасте 20–24 лет.

Материал и методы. Когорту обследованных составили 200 студентов 6 курса медицинской академии в возрасте 20–29 лет. Анкетирование было направлено на выявление гипермобильности суставов и внешних стигм наследственных нарушений соединительной ткани и включало балльную оценку их выраженности согласно Гентским критериям синдрома Марфрна. Двухмерная эхокардиография для выявления профиля малых аномалий сердца (МАРС) проводились на ультразвуковом сканере PhilipsSD 800.

Результаты. По оценке Гентских критериев 67,7% получили 0–2 балла, 29,2% — 3–5 баллов, подозрение на синдром Марфана было выставлено у трех студентов, подтвержден в двух случаях. Проявлениями синдрома Марфана были высокий рост, размах рук больше роста, арахнодактилия, сколиоз, деформация грудной клетки, миопия, а признаками поражения сердечно-сосудистой системы — пролапс митрального клапана (ПМК) 2 степени с регургитацией 2 степени, серия дополнительных хорд в левом желудочке (ДХЛЖ), умеренная эктазия аорты, асимметричность смыкания аортальных створок, регургитация 1 степени на аорте. Только 20% (n=40) лиц, принимавших участие в исследовании, не имели ни одного признака диспластического фенотипа. При проведении эхокардиографии малые аномалии развития сердца выявлены у 110 человек (55%). В структуре МАРС преобладали пролапс митрального клапана ПМК, преимущественно 1 степени с регургитацией не больше 1 степени. ДХЛЖ обнаружены у 105 человек (50%), большей частью ассоциированные с ПМК. Реже встречались открытое овальное окно (n=12,6%), изолированная аортальная

регургитация и миксематозная дегенерация створок митрального клапана (n=8, 4%). Наличие гипермобильности суставов повышало вероятность выявления ПМК без и с регургитацией в 3,4–4,8 раза, ДХЛЖ — в 1,9 раз (p<0,001). ПМК II степени и изолированная трикуспидальная регургитация встречались только при наличии гипермобильности суставов (p<0,001). Корреляционный анализ показал достоверную связь средней силы между наличием ПМК — и гипермобильностью суставов (r=0,36), высоким небом (r=0,42), сандалевидной щелью на стопе (r=0,29). Фенотипическими маркерами ДХЛЖ левого желудочка в изучаемой когорте стали гипермобильность суставов (r=0,32) и сколиоз (r=0,32).

Заключение. 1. Распространенность порогового уровня Гентских критериев у студентов ЮУГМУ (6 баллов и больше) составляет 1,5% (3 человека из 200 обследованных) Наиболее частыми фенотипическими критериями явились стрии, миопия, плоскостопие, размах рук, сколиоз, гипермобильность кисти. 2. МАРС встречались в 55% случаев, были представлены в основном гемодинамическими незначимыми вариантами ПМК и ДХЛЖ и ассоциировались с гипермобильностью суставов, высоким небом, сандалевидной щелью на стопе.

069 АДИПОКИНЫ КАК МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ СТЕНОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Грищенко О. В.[1,3], Чумакова Г. А.[1,2], Веселовская Н. Г.[1,3]

[1]ФГБУ НИИ Комплексных проблем сердечно — сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово; [2]ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; [3]КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

В настоящее время операции по реваскуляризации миокарда являются эффективным способом лечения ИБС. Одной из важнейших проблем подобных вмешательств остается высокий риск развития стенотических осложнений в виде стенозов/окклюзий шунтов, особенно у пациентов с метаболическим синдромом (МС). Определенный вклад в развитие стенотических осложнений вносят адипокины висцеральной жировой ткани.

Цель. Оценить прогностическую способность адипокинов висцеральной жировой ткани в развитии стенотических осложнений после проведения реваскуляризации миокарда — аортокоронарного шунтирования (АКШ) у больных с МС.

Материал и методы. В исследование было включено 59 мужчин (56,8±6,1) со стенокардией напряжения II–IV ф.кл. и МС. С учетом клиники стенокардии и результатов плановой коронароангиографии, проведенной всем пациентам в предоперационном периоде, выполнена операция реваскуляризации миокарда АКШ. В предоперационном периоде всем пациентам определялся уровень адипокинов висцеральной жировой ткани — адипонектина, резистина, лептина. Через год наблюдения всем пациентам проводилась диагностическая мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий с целью выявления стенотических осложнений.

Результаты. Клиника стенокардии напряжения возникала у пациентов в возрасте 53,9±6,9 лет, операция по реваскуляризации миокарда проводилась в возрасте 55,6±6,1 лет. Наблюдалось повышение уровня лептина и резистина и снижение адипонектина в группе с МС. По результатам дискриминантного анализа было выявлено, что значимыми предикторами развития стенотических осложнений после АКШ являются лептин и резистин (Lambda Wilkes =0,63; p=0,001 и Lambda Wilkes =0,33; p=0,19, соответственно). По результатам ROC — анализа было выявлено, что специфичность для лептина составила 81,0%, чувствительность — 88,2%, а пороговое значение > 21,1 нг/мл, а для резистина чувствительность-47,1%, специфичность-83,3%, пороговое значение >18,7 нг/мл.

Заключение. У пациентов со стенокардией напряжения и МС наблюдается повышение уровня атерогенных лептина и резистина. Уровни лептина >21,1 нг/мл, и уровень резистина >18,7 нг/мл являются предикторами развития стенотических осложнений после АКШ у мужчин с МС.

070 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Губич Т. С., Суджаева С. Г., Суджаева О. А., Казаева Н. А.

ГУ Республиканский научно-практический центр “Кардиология”, Минск, Беларусь

Цель. Провести сравнительную оценку показателей медико-социальной эффективности использования различных программ физической реабилитации (ФР) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) после выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов с острым ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ. 31 пациент составил контрольную группу (КГ), 34 пациента — основную группу (ОГ). Пациенты КГ и ОГ не различались по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации и проводимой медикаментозной терапии (p>0,05). ФР пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу (ДХ). У пациентов ОГ использовалась разработанная дифференцированная программа ФР, включающая, кроме ЛГ и ДХ, велотренировки (ВТ). ВТ назначались дифференцированно, с учетом реабилитационного класса пациента, а также толерантности к физической нагрузке по данным диагностической спировелоэргометрии, проведенной накануне. ВТ начинались на 8–17 сутки ИМ (в среднем на 11,3±0,8 сутки). Общая продолжительность курса ВТ составляла 12 недель.

Изучены длительность стационарного лечения и продолжительность пребывания на больничном листе (БЛ) по поводу ИМ, первичный выход на инвалидность, перенесенные повторные ИМ и ЧКВ, случаи смерти от ИБС на протяжении 12 месяцев с момента наблюдения.

Результаты. Установлено, что средняя длительность стационарного лечения у пациентов ОГ была достоверно ниже в сравнении с КГ (12,84±0,32 и 13,71±0,25, соответственно, p<0,05). Продолжительность же пребывания на БЛ по поводу ИМ у пациентов обеих групп была практически одинаковой: 75,8±2,4 дня у лиц ОГ и у 75,0±1,28 дня — КГ, p>0,05. Стойкая утрата трудоспособности на протяжении года наблюдения установлена у 17,6% больных ОГ и у 29,0% (p<0,05) лиц КГ. В течение года наблюдения в ОГ не зарегистрировано случаев развития повторного ИМ, а также не возникло нестабильности клинического течения заболевания, потребовавшего повторного ЧКВ. В то же время, среди лиц КГ зафиксировано два таких случая: 1- развитие повторного ИМ и 1- выполнение повторного ЧКВ в связи с рестенозом стента. Среди лиц ОГ в течение года наблюдения отмечен 1 летальный исход, в КГ — 2 летальных случая.

Заключение. Применение разработанной дифференцированной программы физической реабилитации у лиц ОГ, позволило достоверно уменьшить длительность стационарного лечения, существенно снизить стойкую утрату трудоспособности, а также снизить частоту развития повторных ИМ и летальных исходов, что свидетельствует о повышении медицинского и социального аспектов реабилитации данной категории лиц. Использование традиционной ФР у пациентов ИМ, подвергшихся ЧКВ в острой фазе болезни, не оказывает существенного влияния на течение заболевания и показатели трудоспособности.

071 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АДВЕНТИЦИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКИМ И ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Губская П. М., Вебер В. Р., Рубанова М. П., Карев В. Е., Жмайлова С. В., Атаев И. А.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель. Исследовать структурные изменения в адвентициальной оболочке брюшного отдела аорты крыс линии Вистар при экспериментальном моделировании хронического адренергического и хронического холинергического стресса.

Материал и методы. При моделировании хронического адренергического стресса (ХАС) 20 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально вводился адреналин в дозе 50 мкг/кг, при моедлировании хронического холинергического стресса (ХХС) на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов под эфирным наркозом проводилась декапитация 10 животных каждой серии и забор материала на исследование. Оставшиеся 10 крыс каждой серии после прекращения двухнедельного введения препаратов в течение месяца содержались в обычных условиях без каких-либо медикаментозных и стрессовых воздействий, после чего под эфирным наркозом также проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Контрольную группу составили 20 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессорным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван Гизону, проводилась с использованием светооптического бинокулярного микроскопа. Во всех полях зрения препаратов брюшного отдела аорты подсчитывались изменения адвентициального слоя (накопление большого количества тканевой жидкости в адвентициальной оболочке, отрывы адвентиция и скопление эритроцитов в адвентиции). Анализировались изменения медии аорты — наличие выраженных фибротических изменений в виде полосы фиброза в наружной трети медии.

Результаты. Показано, что при моделировании ХАС и ХХС появлялось большое количество жидкости в адвентициальной оболочке, которое сопровождалось отрывами наружного слоя от средней оболочки, иногда с повреждением последней. Отрыв адвентиция при ХАС наблюдался в 75,0% препаратов, а при ХХС — в 62,0% случаев ($p>0,05$). При этом фиброз, который проходил полосой и занимал всю наружную треть средней оболочки аорты, при ХАС был выявлен в 12,5% случаев, а при ХХС — в 19,6% препаратов ($p>0,05$).

Через 1 месяц после прекращения введения препаратов скопление больших количеств жидкости в адвениции при обоих вариантах стресса оставалось, примерно, на том же уровне, а доля препаратов с отрывами адвентиции несколько уменьшились при ХАС (59,3%) и оставалась на том же уровне при ХХС (61,5% препаратов). При этом через 1 месяц фиброз наружной трети медии аорты выявлялся при моделировании ХАС в 14,8% препаратов, а при моделировании ХХС — в 15,4%.

Заключение. Таким образом, при обоих вариантах хронического стресса развиваются выраженные структурные изменения адветинциального слоя аорты и связанный с ними фиброз наружной трети средней оболочки аорты.

072 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ, ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ

Давыдова С. С., Комиссаренко И. А.

ФГБУ НИИ урологии Минздрава России, Москва; Московский клинический научно-практический центр Департамента Здравоохранения, Москва, Россия

Цель. Проанализировать динамику уровня АД в раннем послеоперационном периоде у больных АГ после проведения нефрэктомии по поводу опухоли почки.

Материал и методы. В ФГБУ НИИ урологии были отобраны 96 больных в возрасте от 41 до 75 лет (средний возраст 57±6,3 года), направляемых на лапаротомическую нефрэктомию (I группа). У 18 больных (18,8%) имела место АГ I стадии, у 55 больных (57,3%) — АГ II стадии и у 23 больных (24%) — АГ III стадии. Для оценки вклада характеристики оперативного вмешательства была сформирована II группа пациентов с опухолью почки, направляемых на лапароскопическую нефрэктомию. Группу II составили 53 пациента в возрасте от 37–65 лет (средний возраст 49±7,2 лет). У 12 больных группы II (22,6%) имела место АГ I стадии, у 31 пациента (58,8%) — II стадии и у 10 больных (18,9%) — АГ III стадии. Коррекция или начало антигипертензивной терапии на предоперационном этапе потребовалась 53 больным I группы (55,2%), из них 15 больным (28,3%) с АГ и 38 больным (71,7%) с сочетанием АГ и ИБС. Во II группе коррекция/начало лечения потребовалось 21 больному (39,6%), из них 6 (28,6%) с АГ.

Результаты. По результатам СМАД на вторые сутки после вмешательства у 20 больных основной группы (20,8%) отмечены эпизоды гипотонии и им снизили дозы препаратов. У 22 больных (22,9%) зарегистрировано повышение АД, что сделало необходимым усиление антигипертензивного лечения. Гипотоники основной группы оказались статистически значимо старше гипертоников (от 56 до 85 лет, средний возраст 65,3±7,5 лет против от 40 до 48 лет, средний возраст 43,7±4,6 лет, соответственно, $p<0,05$). У гипотоников по сравнению с гипертониками оказались статистически значимо ниже ССАД 24ч (121,7±11,3 мм рт.ст. против 159,6±15,4 мм рт.ст., соответственно, $p<0,05$), СДАД-ночь (76,3±13,1 мм рт.ст. против 92,9±14,2 мм рт.ст., соответственно, $p<0,05$) и САД min — ночь (88,2±15,6 мм рт.ст. против 123,6±21,6 мм рт.ст., соответственно, $p<0,05$). При контрольном СМАД на десятые сутки послеоперационного периода 2 больным (10%) из подгруппы гипотоников потребовалось дальнейшее снижение дозы антигипертензивных препаратов, а 1 больному (4,5%) подгруппы гипертоников I группы в связи с повышенными значениями АД оказался необходим дальнейший подбор гипотензивной терапии. Во II группе больных усиление антигипертензивной терапии потребовалось всем больным, на десятые же сутки усиление антигипертензивной терапии было необходимо 32 (60,4%).

Заключение. Больные с АГ и опухолью почки требуют четкого контроля АД до операции и обязательной коррекции гипотензивной терапии, т.к. после нефрэктомии у 22,9% больных регистрируется повышение АД, средний возраст таких больных составляет 44 года. У 20% больных пожилого возраста (66 лет) возникают эпизоды гипотонии, что требует снижения доз антигипертензивных препаратов.

073 КОМПЬЮТЕРНАЯ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Даушева А. Х.

Кафедра терапии института последипломного образования, ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава РФ, Самара, Россия

Бронхиальная астма является актуальной глобальной проблемой здравоохранения XXI века, связанной с устойчивой тенденцией к росту заболеваемости и летальности. Сердечно-сосудистые осложнения остаются одними из основных причин летального исхода больных бронхиальной астмой (БА). В последние годы в развитии и прогрессировании легочной гипертензии, хронического легочного сердца важную роль отводят эндотелиальной дисфункции. Одним из новых методов анализа передаточной функции артерий является контурный анализ периферической объемной пульсовой волны с помощью компьютерной фотоплетизмографии (ФПГ).

Цель. Оценить возможности компьютерной ФПГ для диагностики дисфункции сосудистого эндотелия у больных БА.

Материал и методы. Обследовано 76 больных с верифицированным диагнозом БА (36 женщин и 40 мужчин) в возрасте 51,72±1,04 лет, средней продолжительностью заболевания 12,58±1,43 лет. В соответствии с рекомендациями GINA 2012 г. было включено в 1 группу — 30 больных БА легкого персистирующего течения (БАЛ) и в 2 группу — 46 пациентов БА средне-тяжелого течения (БАСТ). Контрольную группу составило 30 практически здоровых человек, сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела.

Компьютерная ФПГ оценивает процессы ремоделирования сосудов по показателям индексажесткости (ИЖ, м/с), индекса отражения (ИО,%), времени отражения (Т, мс). Реактивность артерий оценивалась по показателю функции эндотелия (ПФЭ) на 3 минуте ишемической пробы.

Результаты. При анализе параметров ФПГ отмечено достоверно высокое значение ИЖ периферических артерий в группе больных БА по сравнению с контролем (11,97±0,93 м/с и 9,38±0,34 м/с, p<0,01). Исходные показатели ИО в группах достоверно не отличались. В ходе пробы с реактивной гиперемией в группе здоровых ИО достоверно снизился с 63,77±3,25% до 46,12±3,41%, p<0,01. В группе больных БА снижение ИО было недостоверным: с 71,61±3,15% до 64,56±2,82%. Показатели реактивности артерий в ходе ишемической пробы были достоверно ниже в группе больных. ПФЭ в пробе с ишемией правой верхней конечности в группе больных БА был достоверно ниже по сравнению с группой здоровых (6,79±1,82% и 21,25±2,36, p<0,001).Выявлено снижение эндотелий-зависимой вазодилатации периферических артерий уже в группе больных БАЛ (p<0,01), прогрессировавшее по мере тяжести заболевания у больных БАСТ (p<0,05). Также была отмечена тенденция к снижению процента повышения времени отражения (Δ Т,%) в группах БАЛ и БАСТ (p<0,01, соответственно). ПФЭ коррелировал с возрастом (r=0,36, p<0,001), ИЖ (r= –0,41, p<0,001), Δ Т иш,% (r=0,50, p<0,001).

Заключение. Реактивность системных артерий, оцениваемая в ходе пробы с ишемией верхней конечности, отражает вазорегуляторную функцию эндотелия у больных БА и указывает на снижение вазодилататорной функции эндотелия уже на ранних стадиях заболевания.

074 ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН С ИБС ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Дедов Д. В., Эльгардт И. А., Рязанова С. В., Мазаев В. П., Евтюхин И. Ю., Ковальчук А. Н.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА, Областной клинический кардиологический диспансер Минздрава России, Тверь; ФГБУ "ГНИЦ ПМ Минздрава России", Москва; Госпиталь МО, Российская Федерация, Тверь, Россия

Цель. Изучить качество жизни (КЖ) мужчин с ИБС после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы. Всего в исследование было включено 99 мужчин с ИБС (средний возраст 63,5±5,6 лет). Они прошли обследование и лечение в Областном клиническом кардиологическом диспансере и военном госпитале г. Твери. У 75 из них в ФГБУ "ГНИЦ ПМ Минздрава России", г. Москва были выполнены стентирование и/или баллонная ангиопластика коронарных артерий. Их включили в основную группу. Группу сравнения составили 24 пациента с ангиографически подтвержденной ИБС. Они получали только консервативную терапию. Исследование проводили в соответствие с планом научно-исследовательских работ ФГБУ "ГНИЦ ПМ Минздрава России", г. Москва. Срок наблюдения составил в среднем 7,6±1,3 года. Комбинированная конечная точка (ККТ) включала: появление приступов стенокардии и обращение за медицинской помощью. Изучение характеристик КЖ выполняли при помощи опросника SF-36. Опрос пациентов проводился на приеме у кардиолога, путем направления письма, по телефону. Анализировали: General Health (GH) — общее состояние здоровья; Physical Functioning (PF) — физическое функционирование; Role-Physical (RP) и Role-Emotional (RE) — влияние физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование; Social Functioning (SF) — социальное функционирование; Bodily Pain (BP) — интенсивность боли; Vitality (VT) — жизнеспособность; Mental Health (MH) — самооценка психического здоровья.

Результаты. Получено, что на отдаленных сроках наблюдения у мужчин с ИБС основной группы и группы сравнения различия показателей КЖ не носили достоверный характер. Приступы стенокардии и обращение за медицинской помощью в указанных группах также регистрировались в сопоставимом количестве наблюдений. Однако, у мужчин основной группы, отмечавших события ККТ, в отличие от больных без ККТ показатели GH, PF, RP, RE, и BP оказались ниже (на 17,8%; 13,8%; 28,2%; 23,6% и 39,8%, соответственно; все p<0,01). Кроме этого, в основной группе пациентов с ККТ найдены положительные корреляции между параметрами GH и PF, PF и RE, RP и VT, RE и MH (R=0,49; 0,46; 0,45 и 0,47, соответственно; все p<0,01).

Заключение. Можно заключить, что на отдаленных сроках наблюдения не имеется различий по параметрам КЖ у мужчин с ИБС, перенесших ЧКВ, и получавших только консервативную терапию. Однако, возникновение приступов стенокардии и обращение за медицинской помощью у первых ассоциируется с уменьшением показателей общего состояния здоровья, физического и эмоционального функционирования. Кроме этого, у пациентов после ЧКВ и имевших события ККТ, динамика вышеуказанных характеристик ассоциируется со снижением жизнеспособности и самооценки психического здоровья.

075 КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Деменко Т. Н.[1], Чумакова Г. А.[2,3]

[1]КГБУЗ ККБ СМП, Барнаул; [2]ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; [3]ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель. Выявить особенности когнитивных и психосоматических нарушений у пациентов с разными формами мерцательной аритмии (МА) с использованием чувствительных методик диагностики.

Материал и методы. Обследован 81 пациент (33 женщины и 48 мужчин) в возрасте 35–82 лет, в среднем 62,8 лет ±9,6 года. У 33 человек персистирующая форма МА, у 34 — пароксизмальная или непрерывно-рецидивирующая и в 14 случаях — постоянная мерцательная аритмия. Причинами МА стали гипертоническая болезнь у 45 человек (55,5%), ишемическая болезнь сердца у 23 человек (28,4%), миокардиодистрофия различного генеза у 5 человек (6,2%), порок митрального клапана у 1 человека (1,2%), идиопатическая МА у 7 человек (8,6%). Также обследована группа сравнения лиц без МА сопоставимых по полу и возрасту и основной патологии. Для оценки когнитивной функции использовался аппарат "Status PF" (Россия). Изучали зрительную память, внимание, объем внимания, поле зрения; мыслительные способности; нейродинамику. Для выявления субклинических форм мерцательной аритмии проводился суточный мониторинг ЭКГ. А также проводилась МРТ головного мозга в ангиопрограмме.

Результаты. Выявлено, что у всех пациентов с МА имеет место снижение зрительной памяти: воспроизведено 3,8±1,5 числа и 4,5±1,5 слова, тогда как в группе сравнения 5,5±1,5 числа и 6,0±1,4 слова (p<0,01). Почти в два раза было снижено внимание, так в тесте "поле зрения" отыскивание чисел у пациентов с МА заняло 32,9±14,6, а в группе сравнения 18,4±2,6 секунды (p<0,01). Так же выявлено некоторое снижение мыслительных способностей. В тесте "Языковое мышление (индукция)" пациенты набирали 8,0±2,7 баллов, против 10,0±2,0 баллов (p<0,01); в тесте "Языковое мышление (абстракция)" — 3,8±2,9 балла, при норме 10,0 ± 2,0 балла (p<0,001). Тест "Простые аналогии" был сопоставим с результатами в группе сравнения — 16,8±8,1 балла и 15,5 ± 3,5 балла.

Наиболее значимо отличались параметры нейродинамики. Так в тесте "Простая зрительно-моторная реакция" скорость ответа пациента после появления объекта на экране 666,95±180,82 мсек, тогда как в группе сравнения ответ занимает около 250–300 мсек ($p<0,001$). По результатам теста "Реакция на движущийся объект" преобладало запаздывание ответа более, чем на 5 мс по сравнению с лицами без МА, что говорит о развитии процессов торможения нервной деятельности.

Заключение. У всех обследованных пациентов с МА имеется умеренно выраженное нарушение когнитивной функции (памяти, внимания, мышления, нейродинамических процессов). МР-признаки преходящих микроциркуляторных нарушений могут свидетельствовать о микроэмболических осложнениях МА, в том числе при её субклинических формах, последствиями которых являются когнитивные нарушения.

076 РОЛЬ КОМОРБИДНОСТИ И ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТЕНТНОЙ ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА

Денисова М. В., Батушкин В. В.

Киевский медицинский университет УАНМ, Украина, Киев

Сохранение правильного синусового ритма после успешной конверсии персистентной фибрилляции предсердий (ПФП) непосредственно связано с нарушениями регуляции вегетативной нервной системы и показателей ремоделирования сердца. Однако, зависимость развития ПФП от этих факторов у больных с наличием коморбидной патологии требует уточнения.

Цель. Оценить состояние вегетативной регуляции сердечного ритма в зависимости от структурно-функциональных показателей сердца у больных с ПФП при сопутствующих сердечной недостаточности (СН), сахарном диабете (СД), хроническом обструктивном заболевании легких (ХОЗЛ).

Материал и методы. Было обследовано 68 больных (38 мужчин и 30 женщин) в возрасте 40–70 лет с ПФП разделенных на группы по наличию сопутствующих ХОЗЛ, СД или СН в стадии компенсации. Особенности вегетативной дисфункции и различие вариантов ремоделирования сердца определялись через 2–3 суток после успешного восстановления синусового ритма.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что степень нарушений ваго-симпатического обеспечения вариабельности сердечного ритма не имело строгой зависимости от типа ремоделирования сердца.

Ведущим фактором, влияющим на состояние вегетативной регуляции было наличие той или иной коморбидной патологии, на фоне которой развивались характерные структурно-функциональные изменения сердца. Так, у больных с СН отмечались признаки адаптивного ремоделирования в сочетании со снижением уровня нейро-гуморальной модуляции, что проявлялось снижением оперативного контроля регуляции сердечного ритма, низким уровнем вагальных и симпатических влияний с преобладанием гуморально-метаболических проявлений в регуляции сердечного ритма. Снижение реактивности парасимпатического отдела и снижение активации симпатического звена вегетативной нервной системы (ВНС) наблюдалось у больных с СД. Это сочеталось со значительным (43,1% $p=0,04$) снижением комплексного показателя функционального состояния миокарда, несущего важную информацию о состоянии резервов миокарда. У больных с сопутствующим ХОЗЛ определялись умеренные значения общей мощности вегетативного спектра. Нейро-гуморальная картина характеризовалась более высоким уровнем гуморально-метаболических влияний при сохраненном уровне вагальной модуляции сердечного ритма. Некоторое (27,6%, $p=0,12$) снижение реактивности парасимпатического отдела с пониженной или умеренной активацией симпатического отдела ВНС свидетельствовало о временной стабилизации состояния резервов регуляции за счет повышения активности вазомоторного и подкорковых центров регуляции сердечного ритма.

Заключение. Нарушения состояния вегетативной нервной системы у больных с ПФП после восстановления синусового ритма, обусловлены не столько типом ремоделирования или степенью выраженности структурно-функциональных изменений левого желудочка, но и видом коморбидной патологии на фоне которых эти нарушения возникают.

077 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С РАЗВИТИЕМ СЕРЬЕЗНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Дергачева Ю. Е., Жиляев Е. В.

ФКУЗ "Главный клинический госпиталь" МВД России, Москва, Россия

В когортном исследовании прослежены 150 пациентов со стенокардией напряжения и стенозом не менее 70%, как минимум одного сосуда по данным коронароангиографии.

Цель. Выявление значимых взаимонезависимых факторов, достоверно связанных с риском наступления серьезных сердечно-сосудистых осложнений в исследуемой когорте.

Материал и методы. В исследование включались пациенты, находящиеся на стационарном лечении, у которых при коронароангиографии был выявлен стеноз ≥70% диаметра, как минимум, одной коронарной артерии, жители Москвы и Московской области. В исследование не включались пациенты с диагнозом: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, а также больные, умершие в ходе индексной госпитализации.

Среди лабораторных и инструментальных характеристик пациентов производился поиск взаимонезависимых значимых факторов, достоверно связанных с риском наступления событий, входящих в состав комбинированной конечной точки (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, острое нарушение мозгового кровообращения, реваскуляризация миокарда, смерть по любой причине).

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета статистических программ SPSS 11.5 с использованием методов однофакторного и многофакторного анализов. За уровень статистической достоверности принималась вероятность нулевой гипотезы $p\leq0,05$.

Результаты. Средняя продолжительность наблюдения составила 6,28±4,08 года. За время наблюдения у 26 пациентов наступила сердечно-сосудистая смерть, у четырех пациентов — смерть по другим причинам. Всего было зарегистрировано 69 случаев проведения чрескожного коронарного вмешательства, 64 эпизода нестабильной стенокардии, 39 операций аортокоронарного шунтирования, 9 нефатальных инфарктов миокарда, 5 острого нарушения мозгового кровообращения. Взаимонезависимыми значимыми факторами, достоверно связанными с риском наступления событий, входящих в состав комбинированной конечной точки явились: фракция выброса левого желудочка ($p = 0,01$), толщина межжелудочковой перегородки ($p = 0,01$), наличие нарушений сократимости базального заднеперегородочного сегмента ($p = 0,002$), стенозирование проксимального сегмента огибающей артерии ($p = 0,018$), уровень гемоглобина крови ($p = 0,0011$).

Заключение. Группа выявленных достоверных и взаимонезависимых факторов риска комбинированной конечной точки может использоваться для построения гипотез в последующих исследованиях, направленных на изучение факторов, влияющих на отдаленный прогноз больных ишемической болезнью сердца и гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий.

078 ФИБРИНОГЕН КАК ФАКТОР СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Долгополова Д. А., Юсупова А. Б.
ГБОУ ВПО ХМАО-Югры "СурГУ", Сургут, Россия

Цель. Оценить уровень фибриногена при различном суммарном сердечно-сосудистом риске (СССР) у больных хронической обструктивной болезнью легких мужского и женского пола (ХОБЛ).

Материал и методы. По необходимым для определения СССР по шкале SCORE у 976 больных ХОБЛ без клинических проявлений ишемической болезни сердца в возрасте от 41 до 81 года легкого, среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения определили частоту низкого, умеренного, высокого и очень высокого сердечно-сосудистого. Большинство больных (n=820) пришлось на мужчин, меньшую долю составили женщины (n=196). Оценивали уровень фибриногена в данных группах. Критерии включения: ХОБЛ II, III, IV стадии (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2007, 2013); АГ I, II степени (European Society of Hypertension (ESH) 2013), Российское медицинское общество по артериальной гипертонии (РМОАГ) (2008), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК) (2008, 2009); согласие больного участвовать в исследовании. Критерии исключения: хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса; ишемическая болезнь сердца; онкологические заболевания и гематологические заболевания; терминальная почечная и печеночная недостаточность; сопутствующие бронхиальная астма, туберкулез легких. Статистическую обработку данных производили с помощью программы Mc Exell 2007,"Statistica 8.0".

Результаты. Средние значения фибриногена в сыворотке крови у больных ХОБЛ составили 4,83±0,09 г/ и не различались у мужчин — 4,78±0,10 г/л и женщин с ХОБЛ–5,10±0,26 г/л (p=0,211). При низком СССР уровень фибриногена был достоверно выше у мужчин с ХОБЛ, чем у женщин (p<0,001); при очень высоком СССР уровень фибриногена у женщин с ХОБЛ был, напротив, достоверно выше, чем у мужчин (p=0,006). При умеренном и высоком СССР уровень фибриногена достоверно не отличался у мужчин и женщин. При этом уровень фибриногена у мужчин низкого СССР был достоверно выше, чем у мужчин умеренного, высокого и очень высокого СССР (p<0,001). Уровень фибриногена у мужчин умеренного СССР был достоверно выше, чем у мужчин очень высокого СССР (p=0,024). У женщин уровень фибриногена при очень высоком СССР был достоверно выше, чем у женщин умеренного СССР (p=0,008).

Заключение. 1. Средние значения фибриногена у больных ХОБЛ превышают нормативные показатели, не имея гендерных различий. 2. При низком СССР уровень фибриногена был достоверно выше у мужчин с ХОБЛ, чем у женщин, при очень высоком СССР уровень фибриногена у женщин с ХОБЛ был, напротив, достоверно выше, чем у мужчин. 3. По мере увеличения СССР у мужчин наблюдалось снижение уровня общего фибриногена, а у женщин, напротив, увеличение данного показателя.

079 ЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ ЖИР И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Драпкина О. М., Кабурова А. Н.
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Висцеральное ожирение не ограничивается только абдоминальной локализацией. Известно, что эпикардиальная жировая ткань, являясь активно секретирующим органом, выделяет широкий спектр факторов, способных влиять на функциональные и структурные характеристики миокарда. В их числе — нарушение диастолы за счет развития фиброза и образования жирового панциря вокруг сердца.

Цель. Проанализировать связь толщины эпикардиального жира (ЭЖ) с параметрами гипертрофии левого желудочка и размерами левого предсердия (ЛП) у пациентов с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДД ЛЖ) и избыточной массой тела.

Материал и методы. Пациентам с ИМТ>25 кг/м^2 проводилось эхокардиографическое исследование, в ходе которого определяли основные структурно-функциональные характеристики сердца, диастолическую функцию ЛЖ и толщину ЭЖ. У 74 обследованных была диагностирована ДД ЛЖ (ФВ>50%). Нарушение диастолы определялось в режиме импульсно-волнового допплера по отношению скорости раннего (Е) и позднего (А) трансмитрального диастолического кровотока (Е/А). Пациенты с гипертрофической кардиомиопатией или клапанными нарушениями были исключены.

Результаты. Из 74 пациентов (средний возраст 61,4±9,8 лет), включенных в исследование, 36 имели замедление релаксации миокарда, у 38 обнаружен псевдонормальный трансмитральный кровоток. Среднее значение ИМТ составило 33,1±4,5 кг/м^2. Большинство участников (54%) исследования были женского пола. Средние значения изучаемых показателей составили: толщина ЭЖ 1,14±0,17 см, толщина МЖП 1,34±0,14 см, задняя стенка ЛЖ 1,23±0,11 см, диаметр ЛП 4,24±0,3 см, размеры ЛП из 4х камерной позиции: ширина 4,6±0,35 см, длина 5,6±0,43 см, масса миокарда ЛЖ 194,0±29,6 см. По данным корреляционного анализа была выявлена достоверная (p<0,05) связь между толщиной ЭЖ и массой ЛЖ (r=0,31), толщиной МЖП (r=0,26), диаметром ЛП (r=0,37) и шириной ЛП (r=0,32).

Заключение. У пациентов с избыточной массой тела и ДД ЛЖ обнаружена положительная значимая корреляция между толщиной ЭЖ и основными показателями гипертрофии ЛЖ (масса ЛЖ, толщина МЖП), а также размерами ЛП (диаметром и шириной). Не удалось выявить значимой связи толщины ЭЖ с толщиной задней стенки ЛЖ и длиной ЛП.

080 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕПТИДА ПРОКОЛЛАГЕНА III С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Драпкина О. М., Зятенкова Е. В., Корнеева О. Н.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова, Москва, Россия

По данным литературы оценка уровня N-терминального пептида проколлагена III (PIIINP) используется для оценки степени и тяжести сердечной недостаточности. В данном исследовании оценивалась взаимосвязь уровня PIIINP и клинических параметров, эхокардиографических данных и состояния сосудистой стенки у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса

Цель. Изучить взаимосвязь между уровнем N-терминального пептида проколлагена III и клинической картиной сердечной недостаточности, структурно-функциональным состоянием миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса (ХСН-СФВ).

Материал и методы: обследовано 77 больных с ХСН с сохранной фракцией выброса. Оценивались тяжесть клинических проявлений ХСН с помощью шкалы оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС), функциональный статус пациента с помощью теста шестиминутной ходьбы. Оценивались параметры ремоделирования крупных сосудов (индекс жесткости, SI), микроциркуляторного русла (индекс отражения, RI), индекс аугментации (Alp). Функцию эндотелия крупных сосудов оценивали по параметру сдвиг фаз (СФ), мелких — индекса оклюзии (ИО). Исследование перечисленных

параметров проводилось на аппарате Ангиоскан. Оценивались размеры камер сердца, толщина стенок миокарда и эпикардиального жира по данным эхокардиографии. Оценку N-терминального пептида проколлагена III проводили с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты. Выявлены корреляции между PIIINP и колличеством баллов по ШОКС (r=0,85, p <0,05), результатами теста шестиминутной ходьбы (r=0,79, p <0,05), тощиной эпикардиального жира (r=0,63, p <0,05), пиком E (r=0,76, p <0,05), E/A (r=0,75, p <0,05). Также была выявлена взаимосвязь между конечно-диастолическими и конечно-систолическими размерами и объемами левого желудочка (КДР, КСР, КДО, КСО) (r>0,63, p <0,05) и ФВ (r= –0,85, p<0,05).

Заключение. У пациентов страдающих хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией уровень N-терминального пептида проколлагена III коррелирует с клиническим состоянием и эхокардиографическими параметрами, но не с характеристиками ремоделироваия сосудов.

081 СТРУКУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО

Драпкина О. М., Зятенкова Е. В., Корнеева О. Н.

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

Состояние сосудистой стенки и миокарда— независимый предиктор сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью. По данным литературы, наличие метаболического синдрома (МС) способствует развитию структурно-функциональных изменений сосудистой стенки и миокарда.

Цель. Изучить особенности изменения сосудистой стенки и структурно-функционального состояния миокарда у пациентов с АГ, сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СН-СФВ) в зависимости от наличия у них МС.

Материал и методы. Обследовано 59 больных с АГ и СН-СФВ. 1 группа — пациенты без МС (n=29), 2 группа — пациенты с МС (n=30). Оценивались параметры ремоделирования крупных сосудов (индекс жесткости, SI), микроциркуляторного русла (индекс отражения, RI), индекс аугментации (Alp). Функцию эндотелия крупных сосудов оценивали по параметру сдвиг фаз (СФ), мелких — индекса оклюзии (ИО). Исследование перечисленных параметров проводилось на аппарате Ангиоскан. Также изучались размеры камер сердца и толщина стенок миокарда по данным эхокардиографии.

Результаты. В обеих группах выявлены изменения крупных и мелких сосудов, функции эндотелия. В 1-й группе SI составил 8,26±1,72 м/с, во 2-й группе — 9,62±5,61 м/с (различия незначимы, p=0,25). В 1-й группе RI составил 39,79±18,12%, во 2-й — 31,43±17,23% (различия незначимы, p=0,086). Alp в 1-й группе составил 23,47±14,69%, во 2-й — 11,16±17,14% (различия значимы, p=0,011). СФ в 1-й группе составил 8,05±7,72 мс, во 2 группе — 5,34±4,4 мс (различия незначимы, p=0,36). ИО в 1-й группе составил 1,34±0,58%, во 2-й группе — 1,46±0,54% (различия незначимы, p=0,46). Пациенты достоверно различались по толщине межжелудочковой перегородки: 1,03±0,12 см в 1-й группе и 1,13±0,16 см — во второй (p=0,01); задней стенки левого желудочка 1,01±0,11 см в 1-й группе и 1,13±0,16 см — во второй (p=0,001); массе миокарда левого желудочка 157,75± 46,11 г. в 1-й группе и 201,19 ± 58,82 г.— во второй (p=0,005).

Заключение. У пациентов с АГ и СН-СФВ в обеих группах выявлены изменения крупных и мелких сосудов, функции эндотелия. Наличие МС приводит к более выраженному ремоделированию миокарда.

082 ОПРЕДЕЛЕНИЕ АТЕРОГЕННОСТИ ДИЕТЫ И ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Дробот Е. В.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет министерства здравоохранения России, Краснодар, Россия

Цель. Проанализировать атерогенность диеты и тип пищевого поведения у медицинских работников в зависимости от индекса массы тела.

Материал и методы. Обследованы 60 медицинских работников в возрасте от 34 до 68 лет. Клиническое исследование включало антропометрический и лабораторный методы. По опроснику оценивали риск развития дислипидемий с дальнейшим расчётом профилактического индекса диеты (ПИД). У всех респондентов с использованием Голландского опросника DEBQ исследовали тип пищевого поведения (ПП).

Результаты. Установлено у 58% испытуемых была нормальная масса тела, у 42% была выявлена избыточная масса тела (из них ожирением 1–2 степени страдали 38%). Повышенный уровень сахара крови имели 13%, частота гиперхолестеринемии составила 37%.

Учитывая достаточно высокую распространённость избыточной массы тела в исследуемой популяции, проанализирован тип пищевого поведения и атерогенность диеты респондентов. Установлено, что у испытуемых с избыточной массой тела экстернальный тип ПП встречался в 74% случаев, эмоциогенный в 17% и ограничительный в 9%. У анкетируемых с нормальной массой тела экстернальный тип ПП зарегистрирован в 59%, эмоциогенный в 29%, ограничительный в 12%.

В результате проведённого анализа установлено, что среднее значение ПИД составило 0,80 баллов у пациентов с избыточной массой тела, низкий ПИД у них зарегистрирован в 88% случаев. У респондентов с нормальной массой тела среднее значение ПИД соответствовало 0,96 баллам, низкий ПИД встречался в 76%. Распространённость высокой атерогенности диеты, сопряжённой с избыточным потреблением продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (“пищевой риск 1”), в анализируемых группах была сопоставима и составила в среднем 25,4±3,2%. Высокая атерогенность питания, ассоциированная с низким потреблением продуктов, богатых растительной клетчаткой и сложными углеводами (“пищевой риск 2”), у анкетируемых с избыточной массой тела была зарегистрирована в 88% и в 76% при нормальной массе тела.

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют об атерогенном типе питания в исследуемой популяции врачей за счёт недостатка растительной клетчатки в пищевом рационе. У испытуемых с избыточной массой тела превалирует экстернальный тип пищевого поведения, для них характерна более высокая атерогенность пищевого рациона в сравнении с респондентами с нормальной массой тела.

083 ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Дружилов М. А., Бетелева Ю. Е., Кузнецова Т. Ю.

ФГБОУ ВПО “Петрозаводский государственный университет”, Петрозаводск, Россия

Цель. Оценить роль показателя толщины эпикардиального жира (ТЭЖ) как дополнительного прогностического маркера наличия субклинических органных поражений (ОП) и высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) у нормотензивных пациентов с метаболическим синдромом (МС) и низким или умеренным риском по шкале SCORE.

Материал и методы. Обследовано 74 нормотензивных (по данным суточного мониторирования АД (СМАД)), асим-

птомных в отношении сердечно-сосудистых заболеваний пациента с МС, диагностированным на основании рекомендаций Всероссийского научного общества кардиологов 2009 года (средний возраст составил 45,1±5,0 лет, 77,0% мужчин). Оценивали метаболические факторы риска (уровни липидов и глюкозы, креатинина крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI), риск по шкале SCORE (с учетом холестерина липопротеидов высокой плотности), наличие микроальбуминурии (МАУ), проводили бифункциональное СМАД с оценкой скорости пульсовой волны (СПВ) в аорте (прибор BPlab "МнСДП-3", ООО "Петр Телегин"), триплексное сканирование брахиоцефальных артерий, эхокардиографию с оценкой показателя ТЭЖ (средняя величина составила 4,8±1,2 мм). В качестве дополнительного прогностического маркера рассматривали показатель ТЭЖ ≥ величины 75 перцентиля в подгруппах пациентов 31–45 лет — 4,8 мм, 46–55 лет — 5,8 мм. Статистический анализ выполнен с помощью χ^2-теста и точного критерия Фишера.

Результаты. Субклинические ОП (МАУ, СПВ в аорте ≥8,3 м/с, толщина комплекса "интима-медиа" (ТКИМ) сонных артерий > 0,9 мм, каротидный атеросклероз, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ)) выявлены в целом у 37 (50,0%) пациентов, высокий ССР (согласно рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике Европейского общества кардиологов 2012 года) — у 15 (20,3%) пациентов. Выбранная пороговая величина ТЭЖ определена у 26 (35,1%) пациентов. В данной подгруппе достоверно чаще выявлялись субклинические ОП в целом (у 96,2% пациентов, p<0,01) и высокий ССР (у 53,8% пациентов, p<0,01). Частота выявления каждого субклинического ОП в отдельности также была выше в данной подгруппе пациентов: МАУ — 26,9% против 10,8%, p<0,05; увеличение ТКИМ сонных артерий — 73,1% против 36,5%, p<0,01; каротидный атеросклероз — 46,2% против 16,2%, p<0,01; повышенная сосудистая жесткость — 38,5% против 17,6%, p<0,05; за исключением ГЛЖ — 23,1% против 10,8%, p>0,05. Показатель ТЭЖ как дополнительный прогностический маркер у пациентов с МС позволил выделить 100% лиц с субклиническим каротидным атеросклерозом.

Заключение. У пациентов с МС наличие эпикардиального ожирения, определяемого с помощью показателя ТЭЖ, сопровождается более высокой частотой выявления субклинических ОП и высокого ССР. Пациентам с МС и низким или умеренным ССР по шкале SCORE целесообразно проводить более тщательную оценку выраженности висцерального ожирения, в качестве критерия которого может выступать эхокардиографически определяемая ТЭЖ, с целью повышения его специфичности в отношении выделения лиц с высоким ССР.

084 ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ

Дружилов М. А., Отмахов В. В., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.
ФГБОУ ВПО "Петрозаводский государственный университет", Петрозаводск, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ параметров артериальной жесткости у нормотензивных пациентов с абдоминальным ожирением (АО) и висцеральным ожирением (ВО), критерием которого выступала эхокардиографически определяемая толщина эпикардиального жира (ТЭЖ).

Материал и методы. Обследовано 163 нормотензивных (по данным суточного мониторирования АД (СМАД)), асимптомных в отношении сердечно-сосудистых заболеваний пациента (средний возраст составил 45,0±5,4 лет, 74,8% мужчин, 49,7% с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м^2). Определяли метаболические факторы риска (уровни липидов и глюкозы, мочевой кислоты, креатинина и фибриногена крови), проводили бифункциональное СМАД (прибор BPlab "МнСДП-3", ООО "Петр Телегин") и эхокардиографию с оценкой показателя ТЭЖ (средняя величина 4,5±1,1 мм). Изучались среднесуточная скорость пульсовой волны (СПВ) в аорте и индекс аугментации (ИА). АО диагностировали при показателе окружности талии (ОТ) у мужчин > 94 см, у женщин > 80 см; ВО верифицировали при показателе ТЭЖ ≥ величины 75 перцентиля в подгруппах пациентов: 31–45 лет с АО (4,8 мм) и без АО (3,5 мм), 46–55 лет с АО (5,8 мм) и без АО (4,4 мм). Статистический анализ включал t-тест, χ^2-тест и мультифакторный линейный регрессионный анализ.

Результаты. АО было диагностировано у 132 (81,0%) пациентов, ВО — у 47 (28,8%) пациентов. В отсутствии статистически значимых различий средних величин ОТ (103,3±7,0 см и 100,9±10,6 см), ИМТ (31,2±3,2 кг/м^2 и 30,9±4,7 кг/м^2), среднесуточного систолического и диастолического АД (118,4±6,0/73,2±4,1 мм рт. ст. и 118,7±6,4/74,0±4,0 мм рт. ст.) между группами лиц с АО и ВО, последняя характеризовалась более высокими значениями среднесуточной СПВ в аорте (7,9±0,7 м/с против 7,6±0,6 м/с, p=0,02) и ИА (–28,0±19,8% против –36,3±18,6%, p=0,01). Частота выявления лиц с СПВ в аорте ≥ 8,3 м/с в группе ВО оказалась достоверно выше (36,2% против 14,4%, p<0,01). При помощи мультифакторного линейного регрессионного анализа с пошаговым включением предикторов получено следующее регрессионное уравнение прогностической оценки величины СПВ в аорте: возраст*0,021 + [глюкоза крови натощак] *0,134 + ТЭЖ*0,139+ систолическое АД*0,023 + диастолическое АД*0,036. Уровень значимости (p) для каждого предиктора в уравнении составил менее 0,01. Для данной регрессионной модели был получен коэффициент детерминации 0,9, что говорит о ее соответствии фактическим данным.

Заключение. Пациенты с ВО, верифицированным с помощью эхокардиографически определяемого показателя ТЭЖ, имеют более высокие значения параметров артериальной жесткости по сравнению с лицами с АО, диагностированным на основании пороговой величины показателя ОТ. В величину СПВ в аорте наибольший вклад вносят возраст, уровни АД и гликемии натощак, показатель ТЭЖ, как индикатор выраженности ВО. Данные результаты позволяют сделать вывод, что оценка эктопических жировых депо, в частности эпикардиального, как метод прямого определения висцеральной жировой ткани, может быть лучшим по сравнению с показателями ИМТ и ОТ предиктором нарушенной морфологии сосудистой стенки и высокого сердечно-сосудистого риска.

085 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИВАБРАДИНА

Дурнецова О. С.[1], Морозова Т. Е.[1], Кухтина Н. Б.[2]
[1]ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва; [2]ФГБУ "ЦКБ с поликлиникой", Москва, Россия

Данные, полученные в ходе большого числа исследований ивабрадина, продемонстрировали его благоприятное влияние на течение ишемической болезни сердца (ИБС), снижение риска сердечно-сосудистых осложнений за счет уменьшения частоты сердечных сокращений (ЧСС). Однако к настоящему времени накоплено мало информации о влиянии ивабрадина на уровни биологических маркеров повреждения сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных стабильными формами ИБС.

Цель. Целью нашего исследования являлось изучение влияния ивабрадина на уровни маркеров повреждения ССС у больных ИБС, стабильной стенокардией.

Материал и методы. В проспективное исследование было включено 43 больных с ИБС, стабильной стенокардией (ср. возраст 63,23±9,17 лет; Ж-16, М-27). Больные были рандомизированы в 2 группы: I– контроля на основной подобранной терапии ИБС, II — получавшие ивабрадин в дополнение к основной терапии ИБС в среднесуточной дозе 14,54±3,05 мг; длительность наблюдения — 6 мес. В начале исследования и через 6 месяцев определяли концентрацию растворимого лиганда изоформы CD40 (sCD40L), sP-селектина, тканевого активатора плазминогена (t-PA), моноцитарного хемотаксического фактора-1 (MCP-1) методом количественного иммуноферментного анализа.

Результаты. Оценка фармакодинамических эффектов ивабрадина в составе комбинированной терапии показала достоверное снижение среднедневной ЧСС с 75,65±5,81 до 63,5±7,1 уд/мин, среднедневной ЧСС с 81,65±6,88 до 67,25±8,82 уд/мин, средненочной ЧСС с 66,9±7,73 до 56,85±6,99 уд/мин ($p<0,05$ во всех случаях). Была отмечена положительная динамика маркеров повреждения ССС на фоне терапии ивабрадином: достоверное снижение sP-селектина с 15,55 (13,09; 23,18) до 5,63 (2,03; 8,63) нг/мл, t-PA с 8,28 (5,59; 10,80) до 4,28 (2,37; 5,35) нг/мл, MCP-1 с 195,03 (157,29; 237,13) до 127,81 (106,01; 176,66) пг/мл, sCD40L с 7,42 (6,89; 9,23) до 5,37 (4,33; 5,56) пг/мл ($p<0,05$ во всех случаях). Обнаружена прямая корреляционная связь между степенью снижения ЧСС и динамикой sP-селектина ($r=0,63$), t-PA ($r=0,57$), MCP-1 ($r=0,55$) и sCD40L ($r=0,41$) в группе ивабрадина. Была отмечена положительная динамика маркеров в контрольной группе, однако степень изменения показателей была меньше, чем в группе ивабрадина; не было обнаружено корреляционных связей между динамикой маркеров и ЧСС.

Заключение. Благоприятное воздействие ивабрадина в составе комплексной терапии заключается в урежении ЧСС, а также в снижении уровня маркеров повреждения ССС. Однако требуется более детальное изучение механизма воздействия ивабрадина на биомаркеры.

086 ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ВАЛСАРТАНА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Душина А. Г.[1], Либис Р. А.[1], Баталина М. В.[1], Морозова О. Л.[2]
[1]ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, Оренбург; [2]ГБУЗ ГКБ № 1, Оренбург, Россия

Цель. Изучить влияние амлодипина и валсартана на структурно-функциональные показатели миокарда и их преимущества при включении в стандартную схему лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ).

Материал и методы. Обследован 61 пациент в возрасте от 47 до 77 лет (средний возраст — 60,8±7,29 лет) с ХСН-СФВ (ФВ ЛЖ >50%) I–IIA стадии, I–III функционального класса. Пациенты были разделены на 2 группы: основная — 36 пациентов, получающих комбинацию амлодипина и валсартана дополнительно к стандартной терапии ХСН, и контрольная — 25 пациентов, получающих только стандартное лечение. Обследование всех пациентов проводилось при включении в исследование и через 12 недель. Для оценки структурно-функционального состояния миокарда использовалось стандартное эхокардиографическое исследование на аппаратах SonoScape 8000 и Vivid 3. Толерантность к физической нагрузке определялась с помощью теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ), тяжесть клинического состояния оценивалась по ШОКС (R. Cody, 1993 в модификации В. Ю. Мареева, 2000). Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 6.1.

Результаты. В основной группе в ходе исследования достоверно изменялась толщина задней стенки (ЗС), которая до начала лечения составила 12,3±1,3 мм, после 12 недель — 11,8±1,01 мм ($p=0,046$), толщина межжелудочковой перегородки 13,7±1,5 и 13,0±1,02 мм ($p<0,01$), относительная толщина стенки 0,5±0,06 и 0,47±0,05 ($p=0,02$), соответственно. Тенденцию к снижению в ходе лечения имел индекс массы миокарда ЛЖ, который до начала лечения был равен 151,3±25,2, после — 140,3±19,3 г/м^2 ($p=0,08$). В контрольной группе большинство структурно-функциональных показателей осталось неизменным, достоверные различия были получены лишь для размера правого предсердия, величина которого до начала лечения составляла 50,4±4,3 мм, после 12 недель — 48,3±3,1 мм ($p<0,01$), и времени изоволюмического расслабления — 124,0±28,3 и 102,7±11,3 мс до и после лечения, соответственно ($p=0,03$). При проведении корреляционного анализа получена обратная связь между толщиной МЖП, ИММЛЖ и расстоянием, проходимым при проведении ТШХ ($r= –0,34$, $p<0,01$ и $r= –0,27$, $p=0,05$, соответственно). Также корреляционная связь выявлена между суммарным баллом по ШОКС и толщиной МЖП ($r=0,44$, $p<0,01$), ЗС ($r=0,34$, $p=0,01$), ОТС ($r=0,28$, $p=0,04$), ИММЛЖ ($r=0,26$, $p=0,059$).

Заключение. Использование комбинации амлодипина и валсартана в лечении пациентов с ХСН-СФВ приводит к достоверному снижению степени гипертрофии ЛЖ, что не наблюдается при стандартной схеме лечения. Уменьшение степени гипертрофии миокарда оказывает достоверное влияние на клиническое состояние и толерантность к физической нагрузке, которые являются важнейшими критериями эффективности проводимого лечения.

087 ПРЕГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕНТАЛЬНЫЙ СТАТУС ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсевьева М. Е., Мищенко Е. А., Сергеева О. В., Галькова И. Ю., Чолахсавов С. К.
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Оценить некоторые особенности личностной сферы лиц молодого возраста с наличием прегипертензии в сравнении со сверстниками, отличающимися артериальной гипертензией (АГ), а также носителями неповышенного АД.

Материал и методы. Обследованы 147 юношей от 18 до 24 лет: 1гр.— лица с наличием признаков оптимального и нормального АД (81 чел.); 2гр.— лица с наличием признаков высокого нормального (ВН) АД (30 чел.) и 3гр.— лица с наличием признаков АГ (36 чел.). Оценку психологического статуса (HADS, (1983); опросник на стрессоустойчивость Щербатых Ю. В. (2006); проведение психоэмоциональной нагрузочной (ПЭН) пробы, анкетирование на выявление ФР ССЗ, конституционально-антропометрическое обследование. Оценка ФР ССЗ осуществлялась в соответствии с Национальными рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике (2011). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы статистического анализа BioStat и в Excel. Анализ вида распределения исследуемых показателей производился при помощи критерия Шапиро-Уилка. В основу статистического анализа положены непараметрические методы. Результаты представлены в виде медиан и 25, 75 перцентилей. Различия расценивались как значимые при $p<0,05$.

Результаты. Наблюдалась тенденция к уменьшению стрессоустойчивости в группах по мере нарастания офисного АД. При изучении результатов тестирования по “Госпитальной шкале тревоги и депрессии” обращает на себя внимание более частая встречаемость тревожных состояний в группе АГ. Частота тревоги (субклинической и клинической) составляла 20, 40 и 50% в 1-й, 2-й и 3-ей группах, соответственно ($p_{1-2}=0,01$*; $p_{1-3}=0,0003$*; $p_{2-3}=0,292$). Полученные результаты указывают на значительную частоту встречаемости отклонений в психоэмоциональном статусе у молодых людей с признаками ВНАД. Особенно это касается сниженной стрессоустойчивости и тревожно-депрессивных состояний у этой категории пациентов. По указанным показателям личностного статуса представители ВНАД даже несколько превышают группу сверстников с признаками АГ.

В ходе пробы у всех испытуемых в ответ на ПЭН наблюдалось повышение САД, ДАД и ЧСС. Однако величина прироста в группах отличалась. Так, наибольший прирост САД на 3-ей минуте нагрузки отмечался в группе АГ и составлял 11,5% (в 2 раза больше, чем в остальных группах). В то же время, наибольший прирост ДАД в ответ на эмоциональную нагрузку был отмечен во 2-й группе (14,9%). Оказалось, что увеличение ДАД в ответ на ПЭН в группе ВНАД было в 1,5 раза больше, чем в остальных группах.

Заключение. Присутствие высокого нормального давления у юношей сочетается с признаками сниженной стресс-рези-

стентности и появлениями тревожно-депрессивного расстройства, которые, с одной стороны, встречаются достоверно чаще, чем у лиц с нормальным и оптимальным артериальным давлением, а, с другой стороны, носят менее выраженный характер, чем при впервые выявленной артериальной гипертензии. Наличие у юношей признаков не только АГ, но и высокого нормального давления является основанием для включения их в группу сердечно-сосудистого риска и привлечения психотерапевта (психолога) к ведению этого контингента в условиях центров молодёжного здоровья и студенческих поликлиник с целью повышения эффективности мероприятий комплексной первичной пофакторной профилактики.

088 ОТЯГОЩЁННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ НАГРУЗКИ У СТУДЕНТОВ В АСПЕКТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МОЛОДЁЖИ

Евсевьева М. Е., Галькова И. Ю., Григорян З. Э., Вернигорова Ж. И., Андросова Т. А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Изучить гемодинамическую реакцию на нагрузку у лиц молодого возраста с учётом наличия отягощённой наследственности (ОН) по раннему развитию основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в семьях.

Материал и методы. Обследованы 32 молодых пациента с явной артериальной гипертензией АГ (1я группа) и 162 юношей-студента без повышенного АД (2я группа), которых разделили на три подгруппы с учётом наличия ОН и других факторов риска (ФР): 2Агр. АГ-ОН+ ФР+ (n=44); 2Бгр. АГ — ОН- ФР+ (n=88); 2Вгр. АГ-ОН- ФР — (n =30). Использовалась специальная анкета для оценки профиля ФР, определялись антропометрические параметры, выполнялась велоэргометрическая проба (ВЭМ) по протоколу Валента. Статистическая обработка материала выполнялась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Различия считались достоверными при $p \leq 0{,}05$.

Результаты. Анализ распространенности отдельных ФР у юношей из двух основных групп наблюдения с АГ и без нее показал, что курение в группе молодых больных встречается более чем в 4 раза чаще, чем у лиц без АГ, избыточная масса тела и нерациональное питание в 2 раза чаще, гиподинамия практически одинаково часто встречается в обеих группах. Выявлены статистически достоверные отличия по избыточной массе тела и курению. ОН у лиц с АГ встречается более чем в 3 раза чаще, чем у молодых людей без АГ. При сравнении количества модифицируемых факторов риска выявлено, что среди молодых людей без АГ преобладают лица без ФССР и с 1–2 ФССР. Анализ же встречаемости ФР в выделенных подгруппах студентов с ОН и без неё показал, что представленность всех ФР примерно одинакова, но гиперхолистеринемия преобладает в группе с отягощенной наследственностью (ОН), хотя разница и не достигала статистической значимости. Достоверных отличий по уровню давления между группами здоровых молодых людей не было обнаружено, но оптимальное АД встречалось все же чаще в группе без ОН.

Результаты ВЭМ-пробы показали, что в группе лиц с АГ большинство обследованных отреагировали на нагрузку либо умеренногипертонической, либо гипертонической реакцией, продемонстрировав неадекватный нагрузке прирост САД, отсутствие снижения ДАД и выраженный прирост ЧСС. Лишь около 20% пациентов имели адекватную нагрузке реакцию нормотонического типа. Гипотонический тип реакции встречался только в группе лиц без АГ, одинаково часто независимо от наличия ОН. Примечательно выявление гипертонического типа реакции у четверти молодых людей без АГ, но с ОН. По данным большинства зарубежных авторов эти люди входят в группу риска по развитию стабильной АГ в ближайшие 4–8 лет и нуждаются в коррекции всех модифицируемых факторов риска АГ. Высокий стартовый прирост также встречался преимущественно в группе 2А без АГ, но с наличием ОН.

Заключение. Полученные данные указывают на целесообразность включения в группу риска на первом этапе студенческой диспансеризации не только лиц с явной АГ, но также сверстников-нормотоников с наличием наследственности, неблагоприятной по раннему развитию основных СС заболеваний в их семьях. Такой формат диспансерного скрининга будет способствовать более эффективному проведению профилактического вмешательства с учётом индивидуального профиля угроз СС здоровью молодёжи.

089 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ: АСПЕКТЫ СКРИНИНГА

Евсевьева М. Е., Смирнова Т. А., Барабаш И. В., Коновалова Н. М., Чмелёва О. А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Критерии формирования групп риска (ГР) по метаболическому синдрому (МС) среди студентов при проведении их профилактического обследования.

Материал и методы. Изучен профиль факторов риска (ФР) в процессе скрининга 610 первокурсников медицинского университета (384 девушки, 226 юношей) в рамках программы “Университет — территория здоровья”. Определяли индекс массы тела (ИМТ), офисное АД, отягощённая наследственность (ОН), уровень повседневной физической активности, пищевые пристрастия, курение и другие поведенческие стереотипы. Некоторые параметры изучены в рамках пошагового анализа ИМТ в интервале от 18,5 до 25 кг/м^2. Статистическая обработка проведена с помощью системы BioStat.

Результаты. Встречаемость случаев ИМТ≥25 среди девушек и юношей составила 11,7% и 18,6%. ИМТ ≤18,5 среди них зарегистрирован у 19,3% и 6,6%, соответственно. Нормальные значения ИМТ отмечены у 69,0% девушек и 74,8% юношей. Средний уровень АД повышался с увеличением ИМТ независимо от пола. При этом во всех градациях ИМТ у юношей уровень АД был выше на 5–7 mm Hg. Частота встречаемости случаев ОН, артериальной гипертензии (АГ) и прегипертензии была максимальной среди студентов с повышенной МТ. Количество модифицируемых ФР также доминировало в этой группе. Пошаговый анализ показал, что в интервале ИМТ 23–25кг/м^2 уровень АД приближался к значению этого показателя у лиц с повышенной МТ, особенно по частоте РН. Среди молодых людей с ИМТ 23–25 встречаемость ОН такая же, как и в группе лиц с ИМТ выше 25. Частота поведенческих ФР среди них была достоверно выше по сравнению со случаями ИМТ≤23кг/м^2.

Заключение. Общепринятое подразделение уровней ИМТ следует модифицировать применительно к молодёжи. У студентов повышенным ИМТ надо считать его уровень ≥23. Показана ассоциированность такого ИМТ с прегипертензией. При проведении массового профилактического обследования среди молодёжи для формирования групп риска использовать в качестве критерия избыточной МТ уровень ≥ 23 кг/м^2.

090 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсевьева М. Е., Сергеева О. В., Галькова И. Ю., Добросельский В. Н., Костина Л. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку результатов определения АД на плечевой артерии и аорте у лиц молодого возраста с учётом пола.

Материал и методы. Обследованы 45студентов (юношей 24 и девушек 21) в возрасте от 20 до 25 лет с целью сравнения традиционного давления с центральным АД в аорте с аппаратного диагностического комплекса BPLab Vasotens Office (Пётр Телегин, Н-Новгород). Статанализ проведён с помощью пакета программ Microsoft Excel 2003.

Результаты. Сравнение АД на плече и в аорте демонстрирует следующие данные — у юношей САД на плечевой артерии практически на 20 мм. рт.ст. выше по сравнению с САД аортальным. У девушек же такое различие составляло почти 10 мм рт.ст. Среди юношей ДАД на плечевой артерии оказалось на 1–2 мм рт.ст. меньше, чем ДАД аортальное. У девушек эта разница составила 2–3 мм рт.ст. Среднее АД на плечевой артерии и в аорте у всех равнялось между собой. Пульсовое АД на плечевой артерии оказалось выше у тех и у других, но разница у юношей равнялась почти 20, а у девушек примерно 12 мм рт.ст. Сравнение результатов оценки АД на плечевой артерии по полу показало, что если САД у юношей выше, чем у девушек, то ДАД, напротив, оказался выше у девушек. У них же более высоким было среднее давление. Пульсовое же АД, напротив, оказалось выше у юношей. Сравнение результатов оценки АД на аорте по полу показало, что если САД было несколько выше у юношей, то ДАД зарегистрировано выше у девушек. Среднее и пульсовое АД также оказалось выше у представительниц слабого пола. Частота сердечных сокращений оказалась практически одинаковой у юношей и девушек.

Заключение. Полученные данные демонстрируют наличие заметных различий между юношами и девушками, как при сравнении АД на плечевой артерии и в аорте, так и при сравнении различных видов давления в указанных двух локализациях измерения. Эти выявленные гендерные различия указывают, во-первых, на недопустимость набора смешанных групп при проведении соответствующих обследований, а, во-вторых, на необходимость выработки нормативов различных видов давления, включая центральное АД аорты, с обязательным учётом пола.

091 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ТРУДОСПОСОБНЫХ ЛИЦ

Евсевьева М. Е., Шимоненко С. Э., Власянц Е. А., Ващенко И. В., Боцвина Л. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Накоплено много доказательств важнейшей роли бессимптомного поражения органов-мишеней в определении сердечно-сосудистого риска у лиц с повышенным АД и без него.

Цель. Оценить характер изменений миокарда у молодых пациентов с впервые диагностированной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 25 лиц (М 14, Ж 9) в возрасте от 19 до 44 лет, которые впервые обратились за медпомощью по поводу АГ. Продолжительность анамнеза колебалась от 2 до 5 лет, степень АГ1–3. Признаки ХСН 1ст. выявлены у 8 чел., аритмии сердца — у 5 чел. Из пациентов с аритмией 5-имели частую наджелудочковую экстрасистолию (у 2 она носила бессимптомный характер), 1 — пароксизмальную мерцательную аритмию. Проведено комплексное исследование, включая ЭхоКГ с определением индекса массы левого желудочка (МЛЖ) с поправкой на размеры тела, а также расчет относительной толщины стенки или соотношения толщины стенки к радиусу (2 х толщина задней стенки/конечный диастолический размер), что позволяет характеризовать геометрию желудочка (концентрическая или эксцентрическая гипертрофия). Полученные данные обработаны статистически с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты. Оказалось, что показатель индекса ММЛЖ у обследованных лиц колебался от 92,1 до 193,2 г/м^2 (норма до 95 г/м^2 у женщин и 115 г/м^2 у мужчин). В 46,2% случаев этот показатель превышал допустимую норму. Максимальное превышение составило 69%. При этом относительная толщина стенки ЛЖ изменялась в пределах от 0,385 до 0,580. Определение отношения толщины стенки к радиусу левого желудочка показало, что число лиц с этим показателем ≥0,42 составило 62,4% из числа обследованных.

Заключение. Среди трудоспособных пациентов с наличием впервые выявленной АГ несмотря на достаточно короткий анамнез отмечается достаточно частая встречаемость заметного ремоделирования миокарда левого желудочка по типу его гипертрофии, причём у значительной части в виде концентрической её формы, которая считается, по мнению экспертов, наиболее неблагоприятной в прогностическом плане. Полученные данные указывают на необходимость скорейшего налаживания системы эффективной диспансеризации активного контингента с целью раннего выявления АГ и более раннего проведения индивидуальных профилактических программ с целью максимальной протекции органов-мишеней.

092 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С УЧЁТОМ ИХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Евсевьева М. Е., Галькова И. Ю., Смирнова Т. А., Чолахсавов С. К., Барабаш А. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Изучить показатели качества жизни (КЖ) молодых людей в зависимости от присутствия различных комбинаций основных факторов риска (ФР).

Материал и методы. Обследованы 32 молодых пациента с явной АГ (1я группа), каждый представитель которой отличался отягощённой наследственностью (ОН) по раннему развитию ССЗ и наличием от 0 до 3 и более модифицируемых ФР, поэтому делились: 1Агр. АГ+ОН+3 и более мФР; 1Бгр. АГ +ОН + 0–2мФР. А также 162 юноши-студента без повышенного АД (2я группа), которых разделили на три подгруппы с учётом наличия ОН и других факторов риска (ФР): 2Агр. АГ-ОН+ ФР+ (n=44); 2Бгр. АГ — ОН- ФР+ (n=88); 2Вгр. АГ-ОН- ФР — (n =30). Такое подразделение обследуемых лиц неслучайно, т.к. оно позволило провести сравнение комплекса показателей КЖ у них в зависимости от наличия или отсутствия ОН, а также количества модифицируемых ФР. Использовалась специальная анкета для оценки профиля ФР, определялись антропометрические параметры, выполнялось заполнение опросника SF-36, включающего совокупность разнообразных вопросы относительно физического и ментального самочувствия обследуемых. Статистическая обработка материала выполнялась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Различия считались достоверными при p≤0,05.

Результаты. Оказалось, что как в первой группе среди молодых гипертоников, так и среди юношей с различным набором ФР прослеживалась однотипная тенденция — при наличии ОН и увеличении числа модифицируемых ФР различные показатели качества жизни молодых людей неуклонно ухудшалось. Особенно чётко подобная закономерность отмечена со стороны таких параметров, как жизненная активность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE) и психическое здоровье (Mental Health — MH). Практически по всем показателям — как по параметрам физического, так и ментального здоровья — наиболее благоприятные данные по уровню КЖ были характерны для юношей из 2В группы, характеризующейся наличием неотягощённого наследственного фона и позитивным профилем по модифицируемым факторам в плане минимума отрицательных поведенческих стереотипов.

Заключение. Оценка собственного здоровья юношами оказалась сниженной не только среди молодых людей с явной АГ, но также среди лиц с неповышенным АД, при наличии негативного наследственного сердечно-сосудистого фона, а также в случаях присутствия модифицируемых ФР. Эти полученные данные указывают на целесообразность включения опросников, предназначенных для оценки качества жизни, в программу проведения скрининга на первом этапе диспансеризации молодёжи. Результаты таких опросов будут способствовать формированию и внедрению более персонифицированных индивидуальных профилактических вмешательств, направленных на раннюю и эффективную коррекцию негативных поведенческих стереотипов с учётом личностных особенностей.

093 ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Елизарова И. О., Батищева Г. А., Великий А. В.
ГОУ ВПО "Воронежская медицинская академия им. Н. Н. Бурденко", Воронеж; НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1" ОАО "РЖД", Воронеж, Россия

Одной из актуальных проблем современной диабетологии являются психо-социальные аспекты сахарного диабета. У женщин, больных сахарным диабетом типа 2, широко распространены тревожно-депрессивные состояния, которые нарастают с увеличением длительности заболевания, его возможной декомпенсации, при наличии выраженной диабетической периферической соматической и автономной нейропатий. Вероятно, эти психологические изменения могут быть как следствием, так и причиной неэффективного лечения и тяжелого течения СД.

Цель. Изучить психо-эмоциональные особенности у пациентов сахарным диабетом типа 2.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 20 пациентов эндокринологического отделения (женщины, средний возраст — 53,5 лет, длительность заболевания в среднем составила 8.8 лет). У всех обследуемых была выявлена диабетическая кардиальная нейропатия по данным исследования вариабельности сердечного ритма, диабетическая полинейропатия нижних конечностей установлена на основании неврологического обследования. Сопутствующая патология: абдоминальное ожирение, гипертоническая болезнь 2–3 стадии, сердечная недостаточность I–II функционального класса по тесту с 6-минутной ходьбой.

Психо-эмоциональный статус оценивался нами по госпитальной шкале тревоги и депрессии, шкале самооценки психосоциального стресса Ридера, а также с помощью опросника DS-14 на установление личности типа D ("distressed" — страдающий).

Результаты. В группе обследуемых нами пациентов были выявлены тревога и депрессия различной степени выраженности (от легкой в 37% случаев до среднетяжелой в 63%), уровень психосоциального стресса находился на низком (66% обследуемых) или среднем (34%) уровне. В 79% случаев был установлен тип личности D, который характеризуется негативной аффективностью и социальным подавлением, является независимым предиктором неблагоприятного прогноза у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Заключение. Психо-эмоциональный статус является важным аспектом полноценной жизни пациентов. В последнее время наблюдается "омоложение" сахарного диабета типа 2 (снизился возраст пациентов с впервые выявленным диабетом типа 2 с 56,1 до 51,4 года) и рост средней продолжительности жизни в этой группе больных. Поэтому выявление возможных нарушений психо-эмоциональной сферы и их адекватная коррекция становятся обязательными компонентами комплексного лечения пациентов с сахарным диабетом типа 2, позволяющими повысить качество их жизни.

094 ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Елисеева А. А., Блинова В. В.
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов, Россия

Цель. Изучить отношение к заболеванию и приверженность медикаментозному лечению больных с различными формами фибрилляции предсердий (ФП) в зависимости от гендерного фактора.

Материал и методы. В исследование были включены 40 больных с ФП в возрасте от 54 до 75 лет (средний возраст — 67,6 лет) среди которых было 20 (50%) женщин и 20 (50%) мужчин, находящихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии МУЗ "2 Городская клиническая больница им В. И. Разумовского" г. Саратова. Отношение к заболеванию оценивалось на основании ответов пациентов на вопрос о значимости для них данного заболевания. Для исследования приверженности лечению использовалась шкала Мориски-Грин.

Результаты. Пароксизмальная ФП диагностирована у 14 (35%), персистирующая ФП — у 22 (55%), постоянная ФП — у 4 (10%) пациентов. Мнение больных с пароксизмальной ФП о своем заболевании разделилось: 28,6% респондентов считают свое заболевание крайне опасным для жизни, 57% — достаточно опасным для жизни, 14,3% — заболевание вредит здоровью, но жить с ним не опасно. В данной группе по шкале Мориски-Грин недостаточную приверженность лечению продемонстрировали 64,2% больных, остальные оказались неприверженными (невнимательно относились к часам приема, принимали лекарственные препараты после напоминаний врачей и медицинских сестер, пропускали прием лекарственных препаратов). 9,1% пациентов с персистирующей ФП думают, что их заболевание крайне опасно для жизни, 63,6% — достаточно опасно для жизни, 27,3% — вредит здоровью, но жить с ним не опасно. Большинство больных с персистирующей ФП (81%) оказались неприверженными лечению, 19% — недостаточно приверженными. Все пациенты с постоянной ФП (100%) уверены, что их заболевание крайне опасно для жизни. На основании шкалы Мориски-Грин 100% пациентов с постоянной ФП вошли в категорию недостаточно приверженных. При анализе гендерного фактора среди больных с ФП обращает на себя внимание более низкая приверженность лечению у мужчин за счет более легкомысленного отношения к заболеванию.

Заключение. Пациенты с ФП, участвующие в опросе, несмотря на то, что достаточно серьезно оценивают свое заболевание, продемонстрировали недостаточную приверженность медикаментозному лечению, либо ее полное отсутствие. Среди больных с ФП более высокую приверженность показали женщины. Как правило, полная информированность пациентов о своем заболевании и его осложнениях обуславливает степень приверженности лечению.

095 ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Еремина М. А., Трегубов В. Г.
ГБУЗ ККБ № 2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние терапии бисопрололом и лизиноприлом на параметры эхокардиографии (ЭХОКГ) пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ПФП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II функциональных классов (ФК).

Материал и методы. В исследовании участвовало 19 пациентов с ПФП на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН I–II ФК и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 9 мужчин и 10 женщин, возраст 52,0±1,5 года. Исходно и через 6 месяцев терапии бисопрололом в дозе 6,2±1,4 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 13,7±4,2 мг/сутки проводилась ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония). Статистическая обработка — методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Увеличивались скорость трансмитрального диастолического потока E (V_E) (на 10,7%; $p<0,05$), отношение V_E к скорости трансмитрального диастолического потока A (V_A) (V_E/V_A) (на 22,6%; $p<0,02$); уменьшались толщина МЖП

(на 9,1%; p<0,02), передне-задний диаметр левого предсердия (на 5,2%; p<0,03), толщина задней стенки ЛЖ (на 4,9%; p<0,01), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 11,8%; p<0,02); не изменялись ФВ ЛЖ, конечный диастолический размер, время замедления трансмитрального диастолического потока Е (DT_E).

Выводы. Динамика отражает улучшение структурного и функционального состояния сердца пациентов с ПФП и ХСН I–II ФК.

096 ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Еремина М.А., Трегубов В.Г.
ГБУЗ ККБ № 2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние терапии бисопрололом и лизиноприлом на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ПФП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II функциональных классов (ФК).

Материалы и методы. В исследовании участвовало 19 пациентов с ПФП на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 9 мужчин и 10 женщин, возраст 52,0±1,5 года. Исходно и через 6 месяцев терапии бисопрололом в дозе 6,2±1,4 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 13,7±4,2 мг/сутки проводились тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R. Bruce для подтверждения/исключения скрытой коронарной недостаточности и тест с 6-минутной ходьбой по стандартному протоколу с целью определения ФК ХСН. Статистическая обработка выполнена методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при p<0,05.

Результаты. Увеличивалась максимальная нагрузка (на 32,7%; p<0,02), не изменялось двойное произведение; увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на 18,1%; p<0,01). ХСН не регистрировалась в 8% случаев, у 12% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

Выводы. У пациентов с ПФП повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН.

097 ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Есимбекова Э.И.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель. Сравнительный анализ клинического течения и исходов острого инфаркта миокарда при применении стандартной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии в зависимости от наличия АФС.

Материал и методы. Комплексное клиническое обследование и лечение осуществлено у 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. 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. В подгруппе больных МИМ 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.

Заключение. Больные с ИМ, резвившимися 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.

098 ПРОФИЛАКТИКА НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Есина Е.Ю., Зуйкова А.А., Сибирских М.С.
ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

“Физическая активность содействует благополучию, сохранению физического и психического здоровья, предотвращает заболевания, улучшает социальное взаимодействие людей и качество жизни, обеспечивает экономический эффект и вносит свой вклад в устойчивое развитие окружающей среды”. Низкая физическая активность является одним из самых распространенных поведенческих факторов риска у студентов.

Цель. Изучить взаимосвязь низкой физической активности и показателей дисперсионного картирования ЭКГ у студентов медицинского вуза.

Материал и методы. В исследовании участвовало 72 студента лечебного и педиатрического факультетов в возрасте от 21 до 27 лет. Уровень физической активности определялся по результатам заполнения опросника для оценки уровня физической активности (Р.А. Потемкина). С учетом полученных результатов были сформированы две группы студентов: на момент обследования физически неактивных студентов и физически активных. Обследование на приборе “Кардиовизор-:6С” осуществляли в течение 60 сек. в покое, сразу после физической нагрузки, через 2 и 4 минуты, с оценкой показателей гемодинамики: артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), “портрета сердца”, интегральных индикаторов (ИИ) “Миокард”, “Ритм”, “Код детализации”. “Портрет сердца” в зеленом цвете или с незначительными оттенками желтого цвета, отражающий значения ИИ “Миокард” менее 15% в покое и менее 17% при физической нагрузке, трактовался, как вариант нормы.

Результаты. У респондентов первой группы сразу после пробы с физической нагрузкой индекс “Миокард” повысился до 15,0±0,7%, достоверно не отличаясь от такового у студентов второй группы. В периоде восстановления индекс “Миокард” у респондентов первой группы составил 15,4±1,1% и 15,9±0,7%, через 2 и 4 минуты после нагрузки, соответственно. У респондентов второй группы, физически не активных, индикатор “Миокард” через 2 минуты после нагрузки снизился до 15,1±0,5%, а через 4 минуты — до 14,7±0,4%, приближаясь к исходному значению. Данные многочисленных научных исследований доказывают влияние низкой физической активности на состояние сердечно-сосудистой системы студентов. В исследовании мы не получила достоверных изменений индикатора “Миокард” на высоте физической нагрузки в исследуе-

мых группах студентов, что можно объяснить недостатком анкетного метода, малым количеством выборки. Однако, у студентов с низкой физической активностью отмечена большая степень выраженности влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы и существенное повышение показателя двойного произведения, что отражает большее напряжение деятельности сердца.

Заключение. Требуется дальнейшее изучение влияния низкой физической активности на функциональное состояние миокарда у студентов. Необходимо проводить скрининг пациентов с оценкой уровня физической активности при каждой консультации в первичном звене здравоохранения и предоставление кратких структурированных рекомендаций с направлениями в общественные программы для пациентов с недостаточным уровнем физической активности.

099 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Жанатаева Л.Л.[1,2], Инарокова А.М.[1], Шарданов Н.А.[2]

[1]Кабардино-Балкарский Государственный университет им. Бербекова, Нальчик; [2]ГУЗ "Кардиологический Центр", Нальчик, Россия

На протяжении последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания сохраняют свои лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения развитых стран мира. Одной из причин указанного постоянства является весомый вклад различных факторов риска в развитие и прогрессирование данных заболеваний. С середины 90-х годов прошлого столетия отмечено изменение "ландшафта" факторов сердечно-сосудистого риска, где доминирующая роль принадлежит артериальной гипертензии (АГ).

Цель. Изучение распространенности артериальной гипертензии у лиц, направленных на реваскуляризацию миокарда.

Материал и методы. Обследовано 110 больных (101 мужчина в возрасте от 40 до 78 лет и 9 женщин от 49 до 66 лет), прооперированных в различных кардиохирургических центрах страны (Москва, Новосибирск, Краснодар, Санкт-Петербург). Исследование проводилось на базе Государственного учреждения здравоохранения "Кардиологический Центр" (ГУЗ КЦ) г. Нальчика за период с 2003 по 2009 г.г. Наряду с клиническим наблюдением в динамике с момента обращения в КЦ проводилось холтеровское мониторирование артериального давления.

Результаты. АГ, как один из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, зафиксирована у 98% больных исследуемой группы. АГ регистрировалась у 100% женщин, у мужчин реже (в меньшей степени у трудоспособных — 96%). При детальном изучении этого фактора было выявлено, что у мужчин до 60 лет достоверно чаще ($p<0,05$) инфаркту миокарда предшествовало повышение артериального давления.

Согласно полученным данным, у больных с сопутствующей ГБ цифры АД были выше, чем при наличии АГ ($p<0,01$). При изучении динамики АД после реваскуляризации миокарда в исследуемой группе было выявлено, что стабилизация цифр АД у больных без сопутствующей ГБ наступала быстрее, чем при наличии вышеназванной болезни. У мужчин трудоспособного возраста при сочетании АГ с дискинезом на ЭХОКГ фракция выброса левого желудочка увеличивалась больше, чем при сочетании ГБ и дискинеза.

Заключение. Представленные выше результаты позволяют говорить о высокой частоте АГ и явно недостаточном уровне контроля (низкая информированность, недостаточный охват лечением и малый процент эффективности последнего), что в сочетании с высокой распространенностью других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего гиперхолестеринемии, избыточной массы тела, отягощенной наследственности и курения среди мужчин не оставляет сомнений в наличии повышенного сердечно-сосудистого риска среди трудоспособной части населения. Первичная и вторичная профилактика АГ является наиболее оптимальным подходом к снижению сердечно-сосудистого риска.

100 ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Желтова И.Н., Сукманова И.А.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ) остаются ведущими причинами заболеваемости и смертности в России. Изучение особенностей факторов риска ИМ у мужчин является актуальным для дифференцированного подхода в лечении и профилактике ИМ.

Цель. Изучить основные факторы риска развития инфаркта миокарда у мужчин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Обследовано 108 мужчин с ИМ, средний возраст их составил 59,06±0,6 лет. Преобладали мужчины среднего возраста — 59 (54,6%), пожилых было 49 (45,5%). У всех пациентов оценивались показатели липидного, углеводного обмена с расчетом индекса инсулинорезистентности HOMO-IR, проводилась оценка уровня гиподинамии, а также уровня депрессии и тревожности с помощью опросника HADS.

Результаты. Среди госпитализированных мужчин с ИМ 86 (79,6%) пациентов были курильщиками, среди лиц среднего возраста курение выявлено у 52 (88%), среди пожилых — у 36 (73%), ($t=2$). Средний показатель ИМТ составил 26,7±0,3кг, у пациентов среднего возраста показатель ИМТ составил 26,6±0,4кг и оказался несколько меньшим, чем у пожилых — 27,1±0,6кг ($p=0,47$). Среди мужчин среднего возраста с ожирением 9 (64%) пациентов имели абдоминальный тип ожирения; среди пожилых выявлено несколько больше лиц с ожирением по абдоминальному типу –10 (71,4%), ($t=0.5$). Повышение артериального давления диагностировано у 77 (71%) пациентов. Среди мужчин среднего возраста ГБ выявлена у 35 (59%) пациентов, среди пожилых — у 44 (86%), ($t=3,3$). Нарушения углеводного обмена выявлены у 21 (19,4%) пациента с ИМ, среди них было 9 (15%) мужчин среднего возраста и 12 (24,5%), ($t=1.3$) пожилых. Инсулинорезистентность диагностирована у 27 (25%) мужчин с ИМ, среди них было 15 (25,4%) пациентов среднего возраста и 12 (24,5%) пожилых ($t=0,12$). Средний уровень инсулина среди мужчин среднего возраста составил 14,5 (9,30–18,38) мкМЕ/мл, у пожилых — 11,6 (7,62–22,45) меМЕ/мл ($p=0,5$). У мужчин среднего возраста показатель индекса HOMO-IR не превышал норму и составил 3,37 (2,5–4,4), у пожилых пациентов индекс HOMO-IR составил 2,60 (1,82–5,27), ($p=0,4$). Нарушения липидного обмена выявлены у 51 (86,5%) мужчины среднего возраста и у 47 (96%) пожилых пациентов ($t=2$) и представлены повышением уровня ЛПНП до 2,48±0,1 ммоль/л в среднем возрасте и до 2,6±0,1 ммоль/л в пожилом ($p=0,4$). Гиподинамия выявлена у 78 (72%) пациентов с ИМ, из них оказалось 38 (64,4%) лиц среднего возраста и 40 (81,6%) пожилых, ($t=2,2$). Депрессия выявлена у 12 (11%) мужчин, из них было 4 (7%) пациента среднего возраста и 8 (16%) пожилых ($t=1.9$). Повышенный уровень тревожности выявлен у 10 (17%) мужчин с ИМ среднего возраста и 7 (14%) пожилых пациентов.

Заключение. Таким образом, для мужчин среднего возраста с ИМ наиболее значимыми факторами риска оказались курение, повышение уровня инсулина с развитием инсулинорезистентности, повышенный уровень тревожности. Для мужчин пожилого возраста основными факторами риска ИМ являются ГБ, нарушение липидного и углеводного обмена, гиподинамия, формирование преимущественно абдоминального типа ожирения, а также наличие депрессии.

101 ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Жигула З.М., Ларёва Н.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить сосудисто-тромбоцитарный гемостаз у женщин с хирургической менопаузой в зависимости от наличия заместительной гормональной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 99 женщин в состоянии хирургической менопаузы: 1-я группа — 46 пациенток (45,9±3,5лет) с постгистерэктомическим синдромом, 2-я группа 31 женщина (46,1±3,1лет) после билатеральной овариоэктомии, 3-я — 22 пациентки (46,0±3,6лет), принимающие заместительную гормональную терапию (ЗГТ). Критерии исключения: заболевания сердца, гипертоническая болезнь до операции, эндокринологические заболевания, тяжелая сопутствующая соматическая патология. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин в возрасте 45±3,6лет с сохраненной менструальной функцией. Агрегацию тромбоцитов исследовали в обогащённой тромбоцитами плазме с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов НПФ "Биола" (Москва). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ "Statistica 6.0". Статистически значимыми считали значения $p<0,05$.

Результаты. По данным кривой светопропускания отмечалось увеличение степени спонтанной агрегации у оперированных женщин 1-й и 2-й групп, как по отношению к контрольной группе, так и по отношению к 3-й группе пациенток, получающих ЗГТ ($p<0,05$). По кривой среднего размера агрегатов выявлено повышение скорости спонтанной агрегации у пациенток 1-й и 2-й групп, по сравнению с группой контроля. При добавлении АДФ в больших дозах (10 мкг/мл) выявлено, что в 1-й и 2-й группах повышена степень агрегации по кривой светопропускания в 1,5 раза по сравнению с группой контроля ($p<0,05$), при использовании АДФ в концентрации 5 мкг/мл отмечалось усиление степени агрегации по кривой светопропускания и повышение скорости агрегации по кривой среднего размера агрегатов по отношению к контрольной группе. У женщин 3-й группы скорость АДФ-индуцированной агрегации была в 2 раза ниже (по кривой среднего размера агрегатов) в сравнении с показателями оперированных женщин, не принимающих ЗГТ ($p<0,05$). При анализе адреналин-индуцированной агрегации выявлено, что показатели степени и скорости агрегации у женщин с хирургической менопаузой были значительно выше, чем в группе контроля, за исключением 3-й группы. В 3-группе пациенток с ЗГТ показатели адреналин-индуцированной агрегации статистически значимо не отличались от группы контроля и были в 2,5 раза ниже по отношению к группам женщин с хирургической менопаузой без ЗГТ (по кривой светопропускания) ($p<0,05$). При использовании в качестве индуктора коллагена выявлено увеличение агрегационной активности тромбоцитов у оперированных женщин 1-й и 2-й групп (согласно данным кривой светопропускания) по отношению к показателям группы контроля, у женщин 3-й группы показатели были сопоставимы с группой контроля.

Заключение. У женщин с хирургической менопаузой имеет место активация агрегации тромбоцитов, как спонтанной, так и индуцированной АДФ, адреналином, коллагеном, при этом на фоне заместительной гормональной терапии показатели были значительно ниже и сопоставимы со значениями у здоровых лиц.

102 ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Жигула З. М., Коноплева С. В., Жапова Н. Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Выявить и оценить контроль факторов риска у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. Проведено клиническое обследование и анкетирование 65 пациентов (69% женщин и 31% мужчин), находящихся на лечении в отделении для больных с ОНМК. Выяснялись анамнез заболевания, фоновые и сопутствующие заболевания, длительность артериальной гипертензии, средние и максимальные значения артериального давления до госпитализации и на момент курации. Оценивались липидный спектр, наличие фибрилляции предсердий по данным ЭКГ и холтеровского мониторирования, определялись риски тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий по шкале CHA2DS2-VASc и риск кровотечений по шкале HAS-BLED. После выявления факторов риска ОНМК оценивалось наличие и регулярность приема гипотензивных, антитромбоцитарных и гиполипидемических препаратов. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ "Microsoft Excel 2007" с использованием непараметрических методов.

Результаты. Клинический материал исследования составили 65 больных, средний возраст которых составил 65 [59;74] лет, из них 97% — с ишемическим ОНМК и 3% — с геморрагическим инсультом. При этом среди больных с ишемическим инсультом 29% имели уже повторное ОНМК. Фоновыми заболеваниями были: гипертоническая болезнь 100%, атеросклероз — 69%, ИБС — 48%, сахарный диабет — 15%, ХРБС — 1,5%. В стационаре у 100% больных выявлено повышение артериального давления (АД). Артериальная гипертензия (АГ) на догоспитальном этапе была диагностирована у 80%, цифры АД соответствовали 2 и 3 степени АГ с максимальными подъемами АД до 220–240/100–120 мм. рт.ст.— у 9,6%. Постоянно гипотензивные препараты принимали только 54% пациентов. Целевой уровень АД на догоспитальном этапе достигнут только у 23% больных. Дислипидемия имела место у 86% пациентов, при этом гиполипидемические препараты постоянно получали 22%. У 29% больных выявлена фибрилляция предсердий: постоянная форма — 84%, пароксизмальная форма — 16%. При наличии фибрилляции предсердий у 42% диагностирован повторный ишемический инсульт. У данных больных средний балл по шкале CHA2DS2-VASc составил 6 [4,5;6,5;], по шкале HAS-BLED 3 [2;3], что говорит о высоком риске тромбоэмболических осложнений и умеренном риске кровотечения. При этом антикоагулянтная терапия амбулаторно не применялась ни в одном случае. Следует отметить, что сочетание фибрилляции предсердий, дислипидемии, артериальной гипертензии наблюдалось у 17 больных, что составляет 89% больных с ФП и 26% всех проанкетированных больных. Не смотря на высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, дезагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота 75–100мг в сутки) на амбулаторном этапе получали 46% пациентов, в стационаре — 97%.

Заключение. У пациентов с ОНМК выявлена высокая частота встречаемости АГ (100%), дислипидемии (86%), фибрилляции предсердий (29%), и имеет место низкий медикаментозный контроль данных факторов риска на амбулаторном этапе, что приводит к развитию сердечно-сосудистых катастроф.

103 НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО СЛОЯ АОРТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКПЕРИМЕНТЕ

Жмайлова С. В., Рубанова М. П., Вебер В. Р., Губская П. М., Прошина Л. Г., Румянцев Е. Е.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Великий Новгород, Россия

Представляет интерес изучение морфологических изменений эндотелиальной выстилки аорты при хроническом адренергическом и холинергическом стрессе.

Цель. Исследовать морфологические изменения эндотелиального слоя брюшного отдела аорты крыс линии Вистар при экспериментальном моделировании хронического адренергического и хронического холинергического стресса.

Материал и методы. При моделировании хронического адренергического стресса (АС) 20 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально вводился адреналин в дозе 50 мкг/кг, при моедлировании хронического холинергического стресса (ХС) на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально антихо-

линэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов под эфирным наркозом проводилась декапитация 10 животных каждой серии и забор материала на исследование. Контрольную группу составили 20 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессорным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван Гизону, проводилась с использованием светооптического бинокулярного микроскопа.

Во всех полях зрения препаратов брюшного отдела аорты подсчитывались изменения интимы — локальное скопление жидкости в субэндотелии, дистрофические изменения эндотелиоцитов (ЭЦ), десквамированные ЭЦ, отрыв эндотелиального пласта с разрывом внутренней эластической мембраны (ВЭМ) и без разрыва ВЭМ, набухание ЭЦ, наличие "вздыбленных" ЭЦ, приближение эритроцитов к люминальной поверхности ЭЦ.

Результаты. В интиме аорты при различных вариантах хронического стресса были обнаружены выраженные структурные изменения. Частота наблюдения отрывов эндотелиального пласта с разрывом ВЭМ в аорте при АС в 7,1 раз выше, чем в контрольной серии (20% и 2,8%, соответственно, χ^2=6,256 p=0,012), и почти в 2 раза больше по сравнению с ХС; наблюдались участки скопления жидкости под ВЭМ, вероятно, в некооторых случаях предшествующие разрыву ВЭМ. Также следует отметить тенденцию к увеличению числа эритроцитов вблизи люминальной поверхности интимы аорты и появление эритроцитов под ВЭМ в местах её разрывов при АС (χ^2=3,803; p=0,051 — по сравнению с контролем и χ^2=3,260; p=0,071 — по сравнению с серией ХС).

Кроме того, при АС в интиме аорты количество эндотелиоцитов с дистрофическими изменениями было в 1,6 раз больше по сравнению с ХС (60% и 37%, соответственно, χ2=4,60 p=0,031).

Заключение. Изменения эндотелального слоя при различных вариантах стресса может приводить к снижению выработки оксида азота, играющего важнейшую роль в качестве эндогенного регулятора сосудистого тонуса.

104 ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Жукова Н. В., Крючкова О. Н., Костюкова Е. А., Кривошеева И. М.
Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, Симферополь, Республика Крым

Цель. Изучить особенности электрокардиографических изменений у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с систолической дисфункцией левого желудочка на фоне хронического обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 156 человек в возрасте от 40 до 80 лет (в среднем 55,6±12,4) из них 45 (28,8%) женщин и 111 (71,2%) мужчин. Первую группу (n=50) составляли больные ХОБЛ III стадии (ОФВ1 от 30% до 50%), во вторую группу (n=52) были включены пациенты с хронической сердечной недостаточностью с систолической дисфункцией левого желудочка, в третью (n=54) пациенты с сочетанной патологией ХОБЛ III стадии и ХСН с систолической дисфункцией левого желудочка.

Результаты. У 50 (100%) пациентов с ХОБЛ (1 группа) был синусовый ритм, в то время как у пациентов с ХСН (2 группа) синусовый ритм был у 34 (65,4%), а у пациентов с сочетанной патологией (3 группа) у 34 (63%) человек, из них мерцание предсердий во второй группе было у 32,7%, в третьей у 32,5% человек, а трепетание предсердий во второй группе у 1,9% а в третьей у 5,55% пациентов.

Желудочковая экстрасистолия отмечалась у пациентов всех групп. Так у пациентов 1 группы она встречалась в 6% случаев, у пациентов 2 группы в 13,5%, а в третьей группе у 14,8% пациентов. В то же время суправентрикулярные экстрасистолы у пациентов первой группы не фиксировались, тогда как у пациентов 2 и 3 групп они встречались у 4 (5,8%) и 6 (11,1%) человек, соответственно. Блокада правой ножки (полная и неполная) в первой группе пациентов отмечалась у 16 (32%) пациентов, во второй группе у 7 (13,4%) пациентов, в третьей группе у 18 (33,3%) больных. Блокада левой ножки пучка Гиса (полная и неполная) в первой группе встречалась у 3 (6%) пациентов, во второй группе у 7 (13,4%) больных и в третьей группе у 7 (12,96%) человек. Признаки гипертрофии правого желудочка у пациентов 1 группы встречались в 8% случаев, в то время как у пациентов второй и третьей групп были зафиксированы у 9,6% и 14,8% случаев, соответственно. Гипертрофия левого желудочка была у 7 (14%) пациентов первой группы, у 24 (46,2%) пациентов второй группы и у 28 (51,9%) пациентов третьей группы.

Выводы. У пациентов с ХОБЛ и сопутствующей ХСН с систолической дисфункцией левого желудочка увеличивается частота поражения обоих желудочков, чаще проявляются признаки гипертрофии правого и левого желудочков, увеличивается процент блокад, а также мерцания и трепетания предсердий, что предполагает назначение терапии, направленной на профилактику аритмической смерти.

105 ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q

Жумамуратова Н. С., Халмухамедова С. М., Шоалимова З. М.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Психоэмоциональные расстройства, развивающиеся после инфаркта миокарда (ИМ), не только осложняют течение и терапию этого заболевания, но и сокращают продолжительность жизни больных. Определение уровня выраженности психогенных реакций в ответ ИМ дает возможность учитывать данные результат при разработке программ реабилитации больных, в частности, для адекватной коррекции психоэмоциональных нарушений как в остром периоде ИМ, так и постинфарктном.

Цель. Изучение особенностей течения и динамики клинико-функционального состояния у пациентов острым ИМ в зависимости сопутствующих психоэмоциональных расстройств.

Материал и методы. В исследование включены 36 пациентов обеих полов с установленным диагнозом ИМ. Средний возраст пациентов составил 57,6+9,5 года. В обследование включались больные ИМ с зубцом Q в остром периоде. Для выявления и оценки выраженности психоэмоциональных расстройств пациентам проводили психопатологические тесты: шкала депрессии Цунга и шкала реактивной и личностной тревожности Спильбергера-Ханина.

Результаты. В остром периоде ИМ клиническое обследование выявило наличие психологических расстройств у 16 (44,7%) из 36 пациентов. Минимальная степень тревоги отмечалась у 14,2%, умеренная степень тревоги — у 43% и выраженная — у 42,8% больных. Легкая степень депрессии встречалась 43,7% больных, средней тяжести — у 31,5% и тяжелая степень — у 24,8% больных. На момент включения в исследование между сформированными группами не отмечено статистически значимых различий по возрасту, полу, тяжести и локализации ИМ, длительности и тяжести проявлений предшествующей ИБС и частоте сопутствующих заболеваний. Клиническое течение, включающее в себе такие жалобы, как боль в сердце, сердцебиение, отдышку, плохой сон, головные боли, головокружение, отеки, общую слабость статистически значимо преобладали в группе больных ИМ с психоэмоциональными нарушениями. Выявлено, что субъективные ощущения были боле выражены у больных с нарушением психологическим статусом, чем объективные симптомы. Наблюдалось, что депрессия при ИМ ассоциируется со снижением насосной и сократительной функции ЛЖ и чаще выявлялась у пациентов с более низкой ФВ ЛЖ.

По данным Эхо-КГ исследования пациентов в остром периоде заболевания, в группе с сопутствующей депрессией отмечена статистически значимо более низкая ФВ ЛЖ (p=0,004) и величина СИ (p=0,04), чем в группе без психоэмоциональных расстройств. У больных с сопутствующими расстройствами депрессивного спектра выявлена также тенденция к наибольшей выраженности процессов постинфарктного ремоделирование ЛЖ. Однако достоверного влияния сопутствующих депрессивных расстройств на диастолическую функцию левого желудочка при инфаркте миокарда не выявлено.

Заключение. У больных острым ИМ определение психологического статуса выявило преобладание умеренно выраженных тревожных расстройств. Изучение психологического статуса пациентов ОИМ показало взаимосвязь между психологическими расстройствами и прогрессированием заболевания. У больных ИМ наличие расстройств депрессивного спектра ассоциируется со снижением ФВ ЛЖ и величины СИ в остром периоде заболевания.

106 ДИНАМИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Забелина И. В., Потапова Е. И., Кононыхина Н. В.
ФКУЗ "МСЧ МВД России по Курской области", Курск, Россия

Цереброваскулярные осложнения являются наиболее частыми при артериальной гипертонии (АГ). Изменения церебральной гемодинамики, развивающиеся у больных с АГ при резком повышении артериального давления (АД) изучены недостаточно.

Цель. С целью определения динамики параметров мозгового кровотока на фоне резкого повышения артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1 степени обследовано 28 пациентов мужского пола в возрасте от 36 до 43 лет (39,4±2,8) с впервые выявленной АГ. Группу контроля составили 10 практически здоровых мужчин, средний возраст 36,2±2,4 года.

Материал и методы. Для оценки изменений церебрального кровотока использовали транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) средней мозговой артерии (СМА) из транстемпорального доступа секторным датчиком 2,0–2,5 МГц на ультразвуковом сканере Toshiba Xario. Определяли максимальную (Vmax) и среднюю линейную скорости кровотока (Vm) по СМА, индекс резистивности (IR) и пульсативный индекс (PI). Измерения проводили в покое и на фоне быстрого повышения АД. Повышение АД достигали путем проведения тредмил — теста на стресс — системе Shiller с применением стандартного протокола Bruce.

Результаты. У всех лиц контрольной группы толерантность к физической нагрузке была высокой, тип реакции АД нормотонический, изменений ишемического типа и нарушений ритма при проведении стресс — теста не наблюдалось. Скоростные и спектральные характеристики кровотока в СМА на фоне достижения максимального АД (185,4±15,6 мм рт.ст.) значительно не изменялись по сравнению с исходными.

У 22 пациентов (78,6%) с АГ толерантность к физической нагрузке была высокой, у 6 (21,4%) — выше средней. Тип реакции АД у 18 обследованных (64,3%) — нормотонический, у 10 (35,7%) — гипертонический. Изменений ишемического типа у большинства пациентов не наблюдалось. В 1 случае на высоте нагрузки регистрировалась кратковременная (менее 1 минуты) медленная косовосходящая депрессия сегмента ST до –1 мм.

Динамика мозгового кровотока на фоне повышения АД до 178,6±24,3 мм рт.ст. у пациентов с АГ характеризовалась следующими изменениями: в 12 случаях (42,9%) значимые изменения Vmax и Vm отсутствовали, у 6 пациентов (21,4%) скоростные параметры увеличивались на 32,6±6,4%, у 10 (35,7%) отмечалось снижение Vmax и Vm на 18,7±4,7%. PI изменялся у всех пациентов с АГ: у 67,9% снижался на 25,2±2,8%, у 32,1% отмечалось повышение на 21,6±3,1% по сравнению с исходным. Значимых изменений IR выявлено не было.

Заключение. Таким образом, при резком повышении АД у большинства пациентов с АГ 1 степени скоростные характеристики мозгового кровотока не изменяются или повышаются. Пульсативный индекс является более чувствительным показателем спектра кровотока, чем резистивный. Корреляции между изменениями скоростных и спектральных параметров внутримозгового кровотока и типом реакции АД на нагрузку не выявлено.

107 КОРРЕЛЯЦИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Загребаев Е. А.[1], Искендеров Б. Г.[2]
[1]Медико-санитарная часть № 59 ФМБА РФ, Пенза; [2]ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава РФ, Пенза, Россия

Цель. Определить частоту возникновения сердечно-сосудистых событий с учетом наличия тревожно-депрессивных расстройств у больных, перенесших аортокоронарное и/или маммарно-коронарное шунтирование (АКШ, МКШ).

Материал и методы. Обследовано 522 больных (355 мужчин и 167 женщин) в возрасте от 48 до 67 лет (средний 59,4±4,3 года), которым выполнялось АКШ и/или МКШ. Из них 156 больных (29,9%) в анамнезе имели инфаркт миокарда, 127 больных (24,3%) — сахарный диабет 2 типа, 77 больных (14,8%) — цереброваскулярная болезнь. Больным проводили холтеровское мониторирование ЭКГ, допплер-эхокардиография велоэргометрическая проба. 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 выявлены до операции выявлялись у 208 больных (39,8%), Больные находились на динамическом диспансерном наблюдении в течение 12 месяцев после операции.

Результаты. Госпитальная летальность составила 3,6% (умерло 19 больных). Через 2 месяца после операции субклинические или клинически выраженные тревожно-депрессивные расстройства выявлялись у 342 больных (68,0%), через 6 месяцев — у 235 больных (46,7%) и в конце наблюдения — 179 больных (35,6%). Для изучения влияния тревожно-депрессивных расстройств на прогноз послеоперационного периода, по результатам анкетирования по шкале HADS, больных рандомизировали на 2 группы: 1-я группа (342 больных) с патологическими уровнями тревоги/депрессии и 2-я группа (161 больной) — без патологических уровней тревоги/депрессии. По данным шкалы HADS, в 1-й группе уровень тревоги составил в среднем 13,2±1,0 балла и уровень депрессии — 12,4±0,8 балла. Дальнейшие наблюдения больных показали, что в 1-й группе острый коронарный синдром и/или инфаркт миокарда возник в 37 случаях (10,8%), а во 2-й группе — в 6 случаях (3,7%). Различие достоверно: χ^2=6,16 (p=0,013). В связи с этим чрескожные коронарные вмешательства выполнялись в 1-й группе у 9 больных и во 2-й группе — ни у одного больного. Впервые сахарный диабет 2 типа выявлен в 1-й группе в 30 случаях (8,8%) и во 2-й группе — в 5 случаях (2,5%): χ^2=5,90 (p=0,015). Развитие хронической болезни почек после перенесенного в ранний послеоперационный период острого повреждения почек наблюдалось в 1-й группе у 16 больных (4,7%), а во 2-й группе — у трех больных (1,9%): p>0,05. К концу периода наблюдения смертность среди амбулаторных больных в 1-й группе составила 8,2% и во 2-й группе — 1,9%: χ^2=6,52 (p=0,01). Ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака была у 17 больных (5,0%) 1-й группы и у 4 больных (2,5%) 2-й группы (p>0,05).

Заключение. Установлено, что наличие тревожно-депрессивных расстройств ассоциируется с высокой частотой сердечно-сосудистых событий и смертности после операции реваскуляризации миокарда.

108 ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ НА УЛЬТРАМИКРОСКОПИЧЕСКУЮ СТРУКТУРУ КАРДИОМИОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

Заднипряный И. В., Третьякова О. С., Сатаева Т. П.
ДУ "Крымский государственный медицинский університет им. С. И. Георгиевского", Симферополь, Республика Крым

Проблема внутриутробной гипоксии плода по-прежнему является актуальной в перинатальной медицине. Особый интерес представляют последствия гипоксических состояний у детей, которые перенесли гипоксию в антенатальном периоде. Учитывая, что нитросоединения, загрязняющие среду обитания играют значимую роль в развитии внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода, а также могут проникать в материнское молоко, существует необходимость всестороннего изучения характера их воздействия на организм матери и новорожденного.

Цель. Изучение ультраструктуры кардиомиоцитов новорожденных крысят в условиях хронической гемической гипоксии.

Материал и методы. Работа выполнена на 15 самках трехмесячных белых крыс линии Wistar массой 180–200 г. На протяжении всей беременности и в течение 3 дней после родов самкам ежедневно внутрибрюшинно вводили нитрит натрия в дозе 5 мг/100 г веса (доза, вызывающая гипоксию средней тяжести) [21]. После достижения крысятами, которые вскармливались вышеуказанными самками, 3-дневного возраста под эфирным наркозом после проведения торако- и перикардиотомии сердце вынималось и сразу помещалось в кардиоплегический раствор (0,9% KCl при температуре 0^0 С). Подготовка материала для ультрамикроскопического исследования проводилась по стандартной методике.

Результаты. Электронно-микроскопическое исследование кардиомиоцитов новорожденных крысят выявило их деструктивные и дистрофические нарушения. Наиболее выраженные изменения деструктивного характера по литическому типу наблюдались в митохондриях, которые имели просветленный матрикс и многочисленные дезорганизованные и разрушенные кристы. В отдельных кардиомицитах наблюдалось полное разрушение митохондрий, остатки которых выявлялись лишь по периферии органелл. Пучки миофибрилл были истончены и потеряли параллельную ориентацию. Отмечался лизис миофибрилл и появление большого числа ригорных комплексов. Помимо этого, фактором повреждения миокарда при гемической гипоксии является развитие дистрофических и деструктивных нарушений архитектоники эндотелиоцитов кровеносных капилляров миокарда. Ядра эндотелиоцитов кровеносных капилляров имели вытянутую форму с большим количеством глубоких инвагинаций. Конденсированный хроматин образовывал очаговые просветления в кариоплазме. Отмечалось набухание митохондрий, которые имели матрикс очень низкой электронной плотности. Гранулярный эндоплазматический ретикулум у значительного количества эндотелиальных клеток был подвергнут фрагментации, на его мембранах отсутствовали рибосомы. Нарушения экстрасцеллюлярного транспорта веществ и электролитов структурно проявлялись снижением количества микропиноцитозных пузырьков в цитоплазме отростков этих клеток.

Заключение. Таким образом, хроническая гемическая гипоксия у новорожденных крысят сопровождается прогрессирующим углублением степени выраженности дистрофического процесса и переходом его в деструктивную фазу, как в кардиомиоцитах, так и в эндотелиоцитах кровеносных капилляров.

109 СТРУКТУРНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАМЕР СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Затолока Н. В., Булгак А. Г., Тарасик Е. С., Ковш Е. В., Кругликова М. А.
Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель. Характеристика эхокардиографических показателей камер сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца и нарушениями дыхания во сне.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 97 пациентов. Из них мужчин было 74 (76%), женщин 23 (24%). Средний возраст 51,0±1,03 лет, минимальный 35 лет, максимальный 72 года. Все пациенты были разделены на 3 группы по критериям наличия синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ). 1 группа составила 29 человек, у которых был выявлен СОАС, ИБС (стенокардия напряжения ФК 1–3) и АГ. 2 группа — 51 пациент, у которых был выявлен СОАС и АГ. 3 группа — 17 пациентов с ИБС (стенокардия напряжения ФК 1–3) без СОАС. Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck –2 (Weinmann, Германия). Эхокардиографии проводилась на аппарате General Electric — VIVID Five (США), датчик 2,5 МГц, в М-модальном, В-модальном и допплеровском режимах в стандартных эхокардиографических позициях. Определяли следующие структурно-гемодинамические показатели состояния камер сердца: размер левого предсердия (ЛП), конечный диастолический (КДР) и конечный систолический (КСР) размеры полости ЛЖ, площадь (S) левого и правого предсердий, размеры правого предсердия (ПП) и правого желудочка. Вычислялись следующие показатели систолической функции ЛЖ: конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы ЛЖ, ударный объем (УО) ЛЖ, фракция выброса ЛЖ (ФВ) в М- (Teichgolz) и В-модальном (Simpson) режиме. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартного пакета статистической программы Statistica 6.0 для операционной системы Windows 7.

Результаты. У пациентов 1 и 2 группы достоверно увеличены показатели КДО (147,1±6,2 мл и 145,5± 4,3 мл, $p<0,05$), КСО (59,7±3,5 мл и 55,5± 1,8 мл, $p<0,05$), площади правого (22,2±0,8 $см^2$ ($p<0,001$) и 18,4±2,6 $см^2$) и левого предсердий (25,6±0,9 $см^2$ ($p<0,05$), 22,4±0,6 $см^2$ ($p<0,001$)) в сравнении с показателями у пациентов с ИБС без СОАС (КДО: 126,6±5,6 мл, КСО: 50,4±3,0 мл, S ПП: 18,0±0,8 $см^2$, S ЛП: 20,8±0,8 $см^2$).

У пациентов 1 группы в 52% случаев было расширено правое предсердие и в 38% — расширен правый желудочек. У пациентов 2 группы в 33% случаев было расширено правое предсердие и в 29% — расширен правый желудочек. У пациентов 3-ей группы в 23% случаев было расширено правое предсердие и в 17% — расширен правый желудочек.

Заключение. При анализе полученных данных у пациентов, имеющих СОАС, происходит расширение как правых так и левых отделов сердца, что снижает коронарную перфузию гипертрофированного сердца и ухудшает функцию как левых, так и правых отделов сердца.

110 6-ГИДРОКСИМЕЛАТОНИН СУЛЬФАТ И НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Затолока Н. В., Булгак А. Г., Тарасик Е. С., Русских И. И., Микулич З. И.
Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель. Оценить изменения 6-гидроксимелатонин сульфата у пациентов с ишемической болезнью сердца и нарушениями дыхания во сне.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 97 пациентов. Из них мужчин было 74 (76%), женщин 23 (24%). Средний возраст 51,0±1,03 лет, минимальный 35 лет, максимальный 72 года. Все пациенты были разделены на 3 группы по критериям наличия синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ). 1 группа составила 29 человек, у которых был выявлен СОАС, ИБС (стенокардия напряжения ФК 1–3) и АГ. 2 группа — 51 пациент, у которых был выявлен СОАС и АГ. 3 группа — 17 пациентов с ИБС (стенокардия напряжения ФК 1–3) без СОАС. Для диагностики СОАС проводился карди-

ореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck –2 (Weinmann, Германия). Концентрацию 6-гидроксимелатонинсульфата (6 ГМС) в пробах мочи определяли иммуноферментным методом на анализаторе Sunrise (Швейцария) с использованием набора компании IBL International (Германия). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартного пакета статистической программы Statistica 6.0 для операционной системы Windows 7.

Результаты. При исследовании экскреции 6 ГМС в пробах мочи было выявлено его снижение у пациентов все трех групп. При исследовании 1 группы у 26 (90%) пациентов была выявлено снижение уровня 6 ГМС, во 2-й группе — снижение уровня 6 ГМС было выявлено у 38 пациентов (70%), в 3-ей группе — у 8 пациентов (48%). У первой и второй группы с нарушениями дыхания во сне снижение экскреции 6 ГМС в пробах мочи встречались чаще, чем у пациентов без нарушений дыхания во сне.

У пациентов 1 и 2 групп с СОАС были достоверно снижены показатели 6 ГМС (28,6±3,2 нг/мл и 38,0±3,4 нг/мл, сосответственно, $p<0,05$) в сравнении с пациентами 3-ей группы (44,8±2,5 нг/мл) без СОАС.

Заключение. У пациентов с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и нарушениями дыхания во сне был достоверно снижен ($p<0,05$) уровень 6 ГМС в пробах мочи в сравнении с пациентами без нарушений дыхания во сне.

111 НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х

Захарова О. В., Болдуева С. А., Леонова И. А.
ГБОУ ВПО Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова, кафедра факультетской и госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия

Кардиальный синдром Х (КСХ) — это одна из форм ишемической болезни сердца (ИБС), которая диагностируется у больных с типичными загрудинными болями, положительными нагрузочными тестами, ангиографически нормальными коронарными артериями (КА). Одним из основных звеньев патогенеза КСХ, согласно мнению многих авторов, является нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации мелких миокардиальных артерий.

Лечение таких пациентов, в отличие от лиц с атеросклеротическим стенозированием КА, ограничено только медикаментозным воздействием. Для хирургического лечения, применение которого значимо улучшает качество жизни пациентов, нет точки приложения. Медикаментозное лечение согласно европейским рекомендациям (ESC, 2013) включает препараты, традиционно используемые при ИБС — бета-блокаторы, нитраты, антагонисты кальция, статины, дезагреганты.

Цель. Изучить влияние терапии Предукталом МВ на показатели нагрузочного теста и качество жизни у больных с КСХ

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов, которым на основании клинико-лабораторного обследования: клинической картины, отсутствия изменений в КА при диагностической коронарографии, положительного нагрузочного теста (велэргометрия, тредмил, стресс-ЭХОКГ), позитронно — эмиссионной томографии миокарда с функциональными пробами (холодовая проба, проба с дипиридамолом), наличия дисфункции эндотелия по данным периферийной артериальной тонометрии (РАТ), был диагностирован КСХ. Для оценки качества жизни пациентов использовался Сиэтлский опросник качества жизни (SAQ). Все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа: 30 человек получали базисную медикаментозную терапию, включающую дезагреганты, бета-блокаторы, статины. 2 группа: 30 человек получала базисную терапию, и в качестве дополнительной терапии был назначен триметазидин 35 мг 2 раза в день. Через 3 месяца наблюдения пациентам повторно выполнен нагрузочный тест (тредмил) и проведена оценка качества жизни с помощью SAQ.

Результаты. Положительный нагрузочный тест после лечения в 1 группе контроля наблюдался у 90% больных. Во 2 группе у пациентов, получающих Предуктал МВ, положительный нагрузочный тест регистрировался у 66% больных ($p<0,05$). Кроме того, улучшились и другие показатели нагрузочного теста. В группе пациентов, принимающих Предуктал МВ, достоверно значимо увеличилось общее время проведения нагрузочного теста с 5,15±1,41 до 10,5 [9,7;11,9]. У контрольной группы данные значения на фоне проводимой терапии остались без изменений. Количество метаболических единиц (METS) у пациентов, принимающих Предуктал МВ, возросло с 4,45±0,87 до 8,15±0,64. В группе контроля значимого увеличения METS через 3 месяца терапии не отмечалось.

По данным SAQ: значение по шкале PL (ограничение физических нагрузок) после лечение в 1-й группе составило 51,4%, во 2-й группе — 80%; значение по шкале AS (стабильность стенокардии) после лечения в 1-й группе составило 68,1%, во 2-й группе — 94%; значение по шкале AF (частота приступов стенокардии) после лечения в 1-й группе составило 72,1%, во 2-й группе — 93%; значение по шкале TS (удовлетворенность лечением) после лечения в 1-й группе составило 73,2%, во 2-й группе — 90%; значение по шкале DP (отношение к болезни) после лечения в 1-й группе составило 62,3%, во 2-й группе — 88%..

Заключение. На основании проведенного исследования можно говорить о том, что добавление Предуктала МВ к базисной терапии у больных с КСХ значительно улучшает качество жизни и показатели нагрузочной пробы.

112 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зверева С. И., Рябова Е. А.
ФГБОУВПО “МГУ им. Н. П. Огарева”, Саранск, Россия

Цель. Оценить частоту встречаемости нарушений сердечного ритма у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в зависимости от характера преобладающих рефлюксов и состояния слизистой оболочки пищевода.

Материал и методы. В исследовании участвовали 57 больных ГЭРБ, из них 26 мужчин и 31 женщина. Средний возраст пациентов 51,4±8,6 лет.

В качестве методов диагностики ГЭРБ использовали клинико-анамнестические данные, ЭФГДС с использованием эндоскопов “Olympus”. Одновременное суточное мониторирование внутрипищеводного pH и ЭКГ осуществляли с помощью прибора “Гастрокардиомонитор” (“Исток-система”, Фрязино).

Результаты. Во время суточного мониторирования ЭКГ у 17 (29,8%) больных ГЭРБ регистрировались различные нарушения ритма. У 1 больного (1,97%) выявлен сверхкороткий эпизод наджелудочковой пароксизмальной тахикардии. Одиночные желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы в количестве более 1000 в сутки выявлены у 2 (3,51%) и 11 (19,3%) пациентов, соответственно, их сочетание — у 3 (5,26%) больных ГЭРБ. Следует отметить, что жалобы на перебои в работе сердца или приступы сердцебиения больные ГЭРБ не предъявляли. По результатам суточной внутрипищеводной pH-метрии все пациенты были разделены на две группы: I группа — больные с преобладанием кислых рефлюксов (n=36), II группа — пациенты, у которых преобладали щелочные рефлюксы (n=21). Нарушения сердечного ритма зарегистрированы у 33,3% пациентов I группы (n=12), и у 23,8% больных II группы (n=5). Отношение рисков развития аритмий в этих группах исследования составляет 1,4, что достоверно ассоциируется с большим риском возникновения аритмий в группе пациентов с преобладанием кислых рефлюксов. Рефлюкс-эзофагит (стадия А согласно Лос-Анджелесской классификации, 1994г) выявлен у 21,1% исследуемых (n=12). В ходе статистического анализа был оценен риск возникновения нарушений ритма сердца в зависимости от состояния слизистой оболочки пищевода. Различные нарушения ритма зарегистрированы у 75% пациентов с эндоскопически позитивной ГЭРБ (n=9), в то время как у пациентов с эндоскопически негативной ГЭРБ нарушения сердечного ритма встречались в 17,8% случаев (n=8). Отноше-

ние рисков развития аритмий среди этих групп исследования составил 4,2.

Заключение. У пациентов с ГЭРБ имеется достаточно высокий процент (29,8%) клинически неманифестных нарушений ритма сердца. При этом эзофагит, преобладание кислых рефлюксов — независимые факторы, достоверно повышающие риск развития нарушений сердечного ритма у пациентов с ГЭРБ.

113 ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Зязина В.О., Кузнецов С.И.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Нарушения ритма сердца у больных с инфарктом миокарда, как осложнение, встречаются чаще всего, и относятся к наиболее серьезным, особенно, если они проявляются желудочковыми аритмиями в виде экстрасистолии “R на T”, желудочковой тахикардии, фибрилляции — трепетания желудочков. Последние приводят к нарушению у больного гемодинамики, и оказание помощи в этом случае проводится в виде реанимационных мероприятий.

Цель. Исследовать частоту возникновения желудочковых нарушений ритма сердца у больных после механической реваскуляризации (баллонная ангиопластика и/или стентирование).

Материал и методы. В исследование было включено 50 больных, которым в первые 12 часов от начала болевого приступа и постановки диагноза инфаркт миокарда без зубца Q, проводилась механическая реваскуляризация на ангиографической установке GE Innova 3100 и ангиографе фирмы Toshiba “Infinix” с функцией 3D моделирования, а в палате интенсивной терапии мониторирование основных показателей с использованием кардиоанализатора Schiller Argus TM-7, где фиксировались все нарушения ритма сердца.

Результаты. В ходе исследования в первые часы после проведения реваскуляризации у 16 (32%) больных регистрировалась желудочковая тахикардия, где у 7 — она длилась более 30 секунд и сопровождалась нарушением гемодинамики, что потребовало немедленное купирование в виде дефибрилляции; у 31 (62%) больного встречались желудочковые экстрасистолы “ R на T”, где у 4-х больных они перешли в желудочковую тахикардию, а затем у 2-х больных трансформировались в фибрилляцию-трепетание желудочков; и у 6-х (12%) больных на кардиомониторе, после открытия кровотока в пораженной коронарной артерии, синусовый ритм сменился фибрилляцией-трепетанием желудочков, которые сразу купировались в условиях стационара.

Заключение. Механическая реваскуляризации является малоинвазивным и эффективным способом лечения больным с инфарктом миокарда (восстановление кровотока), однако, при эффективности метода риск развития желудочковых нарушений ритма сердца в виде реперфузионных аритмий возрастает в разы и требует оказания реанимационных мероприятий в условиях стационара.

114 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Ибатов А.Д.
Первый МГМУ им И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Изучить особенности вариабельности ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца с нарушенной гликемией натощак.

Материал и методы. Исследование проведено на 27 больных ишемической болезнью сердца (средний возраст 57,7±5,8 лет), имеющим нарушенную гликемию натощак толерантности к углеводам (уровень гликемии натощак в капиллярной крови более 5,5 мМоль/л, но менее 6,1 мМ/л), у которых исключен сахарный диабет. Длительность ИБС в группе составила 4,67±2,46 лет. Все больные имели стенокардию напряжения (II–IVФК), средний функциональный класс стенокардии составил 2,56±0,83. Вегетативный статус оценивали по анкете, предназначенной для выявления признаков вегетативных изменений, кардиоваскулярным тестам (по D.J. Ewing) и анализу вариабельности ритма сердца по 5 минутным записям кардиоинтервалограммы в состоянии расслабленного бодрствования в положении лежа. Группа сравнения состояла из 43 пациентов, страдающих стенокардией II–IV ФК без нарушения углеводного обмена, которая была сопоставима по полу, возрасту и клинической картине ИБС.

Результаты. Группы не различались по выраженности вегетативных расстройств, выявляемых по анкете вегетативной дистонии. При анализе кардиоваскулярных тестов у больных ИБС с нарушением углеводного обмена выявлена более выраженная парасимпатическая недостаточность — тест ^{2}6 дыханий в мин^{2} равнялся 1,14±0,08, что на 7% ниже чем в группе сравнения ($p<0,05$). По данным временного и спектрального анализа вариабельности ритма сердца у больных ИБС с нарушением углеводного обмена установлена достоверно более низкая вариабельность ритма сердца (SDNN равнялась 22,11±14,25 мс), более низкая суммарная мощность спектра (TP равнялась 537,22±141,58 мс^{2}), более низкая мощность в высокочастотном диапазоне спектра (HF равнялась 102,89±26,65 мс^{2}) и изменение вегетативного баланса в сторону преобладания симпатической отдела вегетативной нервной системы (LF/HF=1,91±0,58) по сравнению с группой сравнения, где вегетативный баланс имел противоположное изменение (LF/HF = 0,77±0,19). Все показатели достоверны ($p<0,05$).

Заключение. У больных ишемической болезнью сердца в сочетании с нарушением углеводного обмена наблюдалась более низкая вариабельность ритма сердца, по сравнению с больными с ИБС без нарушением углеводного обмена, что связано с периферической вегетативной недостаточностью, более выраженной в парасимпатическом отделе вегетативной нервной системы, и сдвиг вегетативного баланса в сторону преобладания симпатических влияний в сердечно-сосудистой системе, что ухудшает прогноз в плане нарушений ритма сердца и внезапной смерти у этой категории больных.

115 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И КУРЕНИЕ

Ибатов А.Д.
Первый МГМУ им И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Изучить влияние курения на течение ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 277 больных стенокардией напряжения II–IV ФК от 36 до 67 лет. Для оценки влияния курения на выживаемость и сердечно-сосудистые события использовали метод Каплана-Мейера, статистическую достоверность определяли по F — критерию Кокса.

Результаты. Коронароангиография проведена 123 пациентам, из них одно-сосудистое поражение гемодинамически значимыми стенозами выявлено у 30 пациентов (24,4%), двухсосудистое — у 41 пациента (33,3%), трехсосудистое — у 44 пациентов (35,8%), у 8 пациентов по данным ангиографии не было выявлено гемодинамически значимых поражений коронарного русла (6,5%), наличие ИБС у них подтверждено нагрузочными тестами и сцинтиграфией миокарда. Среднее число коронарных артерий, пораженных гемодинамически значимыми стенозами, составило 1,97±0,08. Толщина комплекса интима-медиа у больных ИБС составила 0,77±0,03 мм.

Для изучения влияния курения, которое можно расценить как хроническую интоксикацию холиномиметиком никотином, на поражение коронарного русла атеросклерозом, мы разделили выборку обследованных больных на 2 группы. В 1 группу вошли 136 курящих пациентов, средний возраст составил 54,7±0,8, во 2 группу — 141 не курящих больных, средний возраст — 56,8±0,9 ($p>0,05$). Оказалось, что в 1 группе были достоверно больше

коронарных сосудов, пораженных гемодинамически значимыми стенозами, и толщина комплекса интима-медиа, которые составили, соответственно, 2,20±0,09 и 0,83±0,05 мм, во 2 группе аналогичные показатели равнялись, соответственно, 1,65±0,14 (p<0,01) и 0,71±0,02 мм (p<0,05). Это влияние курения на атерогенез отмечалось как у мужчин, так и у женщин.

Обследованные пациенты в выборке наблюдались от 17 до 32 месяцев. Средний срок наблюдения составил 24,7±0,38 месяца. В наблюдаемой выборке зарегистрировано 59 учитываемых исходов, из них 9 случаев острого инфаркта миокарда (4 случая фатального инфаркта миокарда и 5 случаев нефатального), 19 случаев нестабильной стенокардии, 20 случаев хирургической реваскуляризации миокарда, 9 случаев смерти от ИБС, 6 случаев смерти, не связанных с сердечно-сосудистой патологией (смертность "от других причин"), 15 случаев смерти от всех причин (общая смертность). Нефатальные сердечно-сосудистые события составили 44 случая и все сердечно-сосудистые события — 59 случаев.

Курящие пациенты отличались более высокой смертностью от ИБС (p=0,060), у них чаще развивались инфаркты миокарда (p=0,0094), эпизоды нестабильной стенокардии (p=0,021), им больше проведено хирургических реваскуляризаций миокарда (p=0,00168), у них было больше нефатальных сердечно-сосудистых событий (p=0,043) и всех учитываемых конечных точек (p=0,025).

Заключение. Таким образом, курение оказывает влияние не только на степень поражения коронарного русла атеросклеротическим процессом, но также увеличивает смертность у больных ишемической болезнью сердца и риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

116 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ КАЗАХСТАНА

Ибраева Л. К.[1], Бакирова Р. Е. [2], Ажиметова Г. Н.[1], Аманбекова А. У.[1]

[1]НЦ ГТПЗ РК, Караганда; [2]КГМУ, Караганда, Казахстан

Цель. Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у населения промышленных городов Республики Казахстан.

Материал и методы. Обследовано взрослое население 18–59 лет, проживающие на урбанизированных территориях Республики Казахстан не менее 10 лет, работающие не во вредных условиях и не находящиеся на учете с хроническими заболеваниями. В качестве контрольного района был выбран курортный город Щучинск (635 человек), в качестве опытных районов — города Темиртау, Усть-Каменогорск, Тараз, Актау, Экибастуз (3344 человека). Критерии исключения: инвалиды по заболеванию, лица, имеющие хронические заболевания (находящиеся на диспансерном учете), беременные женщины, лица, ранее проживавшие в экологически неблагоприятных зонах, лица, проживающие на данных территориях менее 10 лет, возраст моложе 18 и старше 60 лет.

Методы исследования — общеклинические, проведен многомерный статистический (корреляционный и регрессионный) анализ.

Результаты. В результате частотного анализа выявлено, что заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) у населения контрольного региона (г. Щучинск) занимали 4 ранговое место и составили 33,4% среди впервые выявленных нозологий. В опытных регионах болезни ССС занимали 1 ранговое место у населения г. Усть-Каменогорск (41,8%), 3 ранговое место — у населения г. Актау (26,2%), 4 ранговое место — у населения городов Темиртау (22,3%), Тараз (24,2%) и Экибастуз (22,2%). У населения г. Щучинск среди впервые выявленных заболеваний ССС 75% составила артериальная гипертония (АГ), 10% — ишемическая болезнь сердца (ИБС), 9% — варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК), 6% — нейроциркуляторная дистония (НЦД), по 1% — сочетание ИБС с АГ и хронической ревматической болезни сердца (ХРБС). Во всех опытных регионах среди впервые выявленных заболеваний ССС наиболее распространенной явилась АГ (г. Темиртау — 78%, г. Усть-Каменогорск — 74%, г. Тараз — 60%, г. Актау — 86%, г. Экибастуз — 72%). Реже встречалась ИБС (г. Экибастуз — 28%, г. Тараз — 10%, г. Темиртау и Усть-Каменогорск — 8%, г. Актау — 5%). Среди лиц больных ИБС встречалось сочетание данной нозологии с АГ — в 20% случаев в г. Экибастуз, в 5% случаев в г. Темиртау, в 2% случаев в г. Тараз, в 1% случаев в г. Усть-Каменогорск. Среди болезней ССС синусовая аритмия регистрировалась в 10% случаев у населения г. Усть-Каменогорск, миокардиодистрофия — в 18% случаев у населения г. Тараз, ХРБС — в 2% случаев у населения г. Темиртау и в 1% случаев у населения г. Усть-Каменогорск, ВРВНК — в 1% случаев у населения г. Усть-Каменогорск, в 2% случаев у населения г. Актау, в 4% случаев у населения г. Экибастуз.

Заключение. Установлено статистически значимое различие в распространении заболеваний сердечно-сосудистой системы у жителей промышленных городов Казахстана, среди которых наиболее распространенной оказалась артериальная гипертония. Наиболее высокий относительный риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы выявлен среди мужского населения г. Усть-Каменогорск (относительный риск=1,45, при χ^2=4,2), который представлен в 72% случаев артериальной гипертонией.

117 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ КАЗАХСТАНА

Ибраева Л. К.[1], Бакирова Р. Е. [2], Ажиметова Г. Н.[1], Аманбекова А. У.[1]

[1]НЦ ГТПЗ РК, Караганда; [2]КГМУ, Караганда, Казахстан

Цель. Изучение влияния факторов окружающей среды (ОС) на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы у населения промышленных городов Республики Казахстан (РК).

Материал и методы. Обследованы 3344 человека от 18 до 59 лет, не менее 10 лет проживающих в промышленных городах РК (города Темиртау, Усть-Каменогорск, Тараз, Актау, Экибастуз), не имеющих вредных условий труда, которые составили опытную группу. В контрольную группу вошли жители курортного города Щучинск (635 человек). Объем участников исследования определяли по формуле: $n=t^2*p*(1000-p)\ \Delta^2$. Методы исследования — общеклинические, многомерный статистический (корреляционный и регрессионный) анализ. Данные проведенного медико-биологического скрининга сопоставлены с показателями гигиенических исследований.

Результаты. Статистический анализ выявил достоверную корреляционную взаимосвязь развития артериальной гипертонии (АГ), являющейся наиболее распространенной нозологией заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) в промышленных городах РК, с содержанием диоксида серы в атмосферном воздухе (r=0,7; p=0,02), меди — в седиментированной пыли (r=0,65; p=0,023), цинка — в почве (r=0,64; p=0,035). Построены регрессионные модели, отражающие связь развития АГ от содержания: диоксида серы в атмосферном воздухе — Y= 13,1+17,1*x (R=0,65; F=7,3; p<0,02); меди в седиментированной пыли — Y= 13,05+3,743,5*x (R=0,64; F=5,44; p<0,048); цинка в почве — Y= 13,75+0,02*x (R=0,59; F=5,25; p<0,04). Данные модели можно считать значимыми и адекватными для установления причинно-следственной связи. Выявлена взаимосвязь развития ишемической болезни сердца (ИБС) с концентрацией цинка в седиментированной пыли (r=0,64; p=0,045) и построены регрессионные модели, отражающие связь развития ИБС от содержания: оксида углерода в атмосферном воздухе — Y= 2,88+140,1*x (R=0,93; F=62,5; p<0,00001); диоксида азота в атмосферном воздухе — Y = 1,39+26,5*x (R=0,92; F=53,4; p<0,00003); цинка в седиментированной пыли — Y= –2,98+57,51*x (R=0,63; F=5,39; p<0,049). Mustafic H. с соавт., установили достоверное увеличение частоты случаев инфаркта миокарда при загрязнении воздуха оксидом углерода (относительный риск (ОР) — 1,048, 1,026–1,070), диоксидом азота (ОР – 1,011, 1,006–1,016), диоксидом серы (ОР – 1,010, 1,003–1,017).

Заключение. Факторы ОС в промышленных городах Казахстана имеют значение в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы. Полученные данные свидетельствуют о связи развития артериальной гипертонии с высокой концентрацией диоксида серы в атмосферном воздухе в городах Усть-Каменогорск и Темиртау, высоким содержанием меди в седиментированной пыли в городе Усть-Каменогорск, высоким содержанием цинка в почве в городах Темиртау, Усть-Каменогорск. Развитие ишемической болезни сердца можно связать с высокой концентрацией диоксида азота в атмосферном воздухе в городах Темиртау, Усть-Каменогорск и Актау, высоким содержанием цинка в седиментированной пыли в городах Усть-Каменогорск, Тараз, Актау и Экибастуз.

118 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

[1]Искендеров Б.Г., [1]Сисина О.Н., [2]Фаткабрарова А.М.
[1]ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей", Минздрава РФ, Пенза; [2]ГБУЗ "ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина", Пенза, Россия

Цель. Определить корреляции риска развития острого повреждения почек (ОПП) и частотой встречаемости и выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных, подвергнутых аортокоронарному шунтированию (АКШ).

Материал и методы. В открытое клиническое исследование были включены 577 больных (363 мужчин и 214 женщин) в возрасте от 46 до 67 лет (средний возраст — 57±4 года), подвергнутых АКШ и/или маммарно-коронарному шунтированию (МКШ). Из них у 208 больных (36,0%) в анамнезе был инфаркт миокарда, у 339 больных (58,8%) — артериальная гипертония. ХСН 1 функционального класса (ФК) диагностировался в 41,8% случаев, 2 ФК — в 51,6% и 3 ФК — в 6,6%. Период наблюдения за больными включал стационарный этап лечения — 2–3 недели. Критериями исключения из исследования являлись: хроническая болезнь почек (ХБП) со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м^2; сахарный диабет 2 типа, установленный до операции; осложнения, требующие повторной операции в ранний послеоперационный период; периоперационный инфаркт миокарда и/или острый коронарный синдром. ФК ХСН определяли по результатам теста с 6-минутной ходьбой. Величину СКФ вычисляли по формуле MDRD. ОПП диагностировали по уровню креатинина сыворотки крови (sCr), используя критерии RIFLE.

Результаты. После операции АКШ 577 больных у 152 (26,3%) диагностировалось ОПП, в том числе при 1 ФК у 46 больных (19,1%), при 2 ФК у 88 больных (29,5%) и при 3 ФК у 18 больных (47,4%). Различие частоты ОПП при 3 ФК ХСН достоверно выше, чем при 1 и 2 ФК: χ^2 = 13,30 (p<0,001) и χ^2=4,17 (p=0,041), соответственно. Удельный вес класса RIFLEmax-F (острая почечная недостаточность) у больных с 1 ФК ХСН, составил 10,9%, у больных со 2 ФК — 22,7% и у больных с 3 ФК — 33,3%. Также выявлена прямая корреляция показателей СКФ с фракцией выброса левого желудочка при развитии ОПП (r=0,54; p=0,002). Кроме того, риск развития ОПП обратно коррелировал с расстоянием, пройденным во время теста с 6-минутной ходьбой (R= –0,110; p=0,008), и прямо — исходным уровнем sCr (R= –0,104; p=0,012). Интегральный показатель — исходная величина кардиоторакального отношения также прямо коррелировал с вероятностью развития ОПП (R= 0,104; p=0,012). Следует отметить, что риск развития ОПП ассоциировался с наличием в анамнезе хронической фибрилляции предсердий (ФП) и возникновением пароксизма ФП в послеоперационный период: R= 0,143 (p<0,001).

Заключение. Выявлено, что риск развития ОПП и его выраженность ассоциируется с тяжестью ХСН, функциональным состоянием почек, толерантность к физическим нагрузкам и параметрами систолической функции сердца, а также пожилым возрастом (старше 65 лет) и коморбидными состояниями.

119 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Искендеров Б. Г.[1], Сисина О. Н.[1], Будаговская З. М.[2], Фаткабрарова А. М.[2]
[1]ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава РФ, Пенза; [2]ГБУЗ "Пензенская ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина", Пенза, Россия

Цель. Оценить ранний и отдаленный прогноз у больных хронической болезнью почек (ХБП), подвергшихся коррекции приобретенных клапанных пороков сердца.

Материал и методы. В клиническое исследование были включены 495 больных в возрасте от 32 до 68 лет (52,4±6,1 года), которым выполнялись корригирующие операции на клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения. Из них у 77 больных проводилась тромбоэктомия из левого предсердия, у 138 больных — изоляция ушка левого предсердия и у 113 больных — радиочастотная аблация (РЧА) устьев легочных вен по поводу постоянной или персистирующей фибрилляции предсердий (ФП). Из 495 больных у 156 (31,5%) до операции величина скорости клубочковой скорости (СКФ) была выше 90 мл/мин/1,73 м^2 (1-я группа), у 290 (58,6%) — в пределах 89–60 мл/мин/1,73 м^2 (2-я группа), у 49 (9,9%) — от 59–45 мл/мин/1,73 м^2 (3-я группа). Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали и классифицировали по уровню креатинина сыворотки (sCr), используя критерии RIFLE. СКФ вычисляли по формуле MDRD. Содержание sCr определяли за 2–3 дня до операции, в течение 7 суток после операции ежедневно, перед выпиской домой, через 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты. С учетом динамики sCr в ранний послеоперационный период ОПП диагностировали у 197 больных (39,8%), в том числе у 37 больных (23,7%) 1-й группы, у 106 больных (36,6%) 2-й группы и у 25 больных (51,0%) 3-й группы. У остальных 298 больных (60,2%) существенной динамики sCr после операции не отмечено. Ретроспективный анализ исходных клинико-анамнестических и лабораторных данных выявил преобладание у больных с ОПП инфаркта миокарда, ишемического инсульта, застойной хронической сердечной недостаточности и ФП. Суммарный кардиоваскулярный операционный риск — индекс EuroSCORE у больных с ОПП во всех группах был достоверно выше, чем у больных без ОПП. Кроме того, более тяжелые классы ОПП — RIFLEmax-I и RIFLEmax-F преобладали во 2-й и 3-й группах. Транзиторное ОПП было в 1-й группе в 67,6% случаев, во 2-й группе — в 40,6% случаев и в 3-й группе — в 32,0% случаев. В 1-й группе больных через 3 месяца после операции переход ОПП в ХБП наблюдался в 5,4% случаев. У 167 больных (49,3%) после 6 месяцев наблюдения отмечен регресс предшествующей ХБП, а прогрессирование ХБП после операции выявлялось у 5,2% больных 2-й группы и у 12,2% больных 3-й группы. Госпитальная летальность в 1-й группе составила 1,9%, во 2-й группе — 7,2% и в 3-й группе — 18,4%. В ранний послеоперационный период сердечно-сосудистые осложнения во 2-й и 3-й группах диагностировались чаще (у 43,1 и 57,1% больных, соответственно), чем в 1-й группе (у 14,1% больных).

Заключение. Выявлен повышенный риск развития ОПП и ранний неблагоприятный прогноз у больных ХБП в анамнезе. Примерно у половины больных с ХБП отмечен регресс почечной дисфункции после коррекции клапанных пороков.

120 ТИПЫ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С ИБС И С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА (ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Исмаилова Н. Р., Султанова С. С., Мусаева А. В., Гаджиева Г. Г.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Диастолическая сердечная недостаточность характеризуется нарушением расслабления и наполнения левого желудочка. Частота регистрации диастолической дисфункции (ДД) у лиц с ИБС определяет риск возникновения ХСН. Раннее выявление нарушений диастолической функции позволяет диагностировать сердечную недостаточность на ранних этапах развития и помогает препятствовать прогрессированию симптомной сердечной недостаточности.

Цель. Оценить диастолическую функцию левого желудочка по данным трансмитрального кровотока у больных с ИБС для оценки риска сердечно-сосудистых осложнений в популяционном исследовании мужского населения в одном из горных районов Азербайджанской Республики.

Материал и методы. Объектом исследования являлась репрезентативная выборка неорганизованного мужского населения 20–59 лет. Первичный скрининг прошли 1295 человек. Всем лицам с какой-либо формой ИБС проводилось допплер-эхокардиографическое исследование, целью проведения которого было: оценка насосной и сократительной функции миокарда; вычисление ОТС, ММЛЖ, ММЛЖ/рост, ИММЛЖ и ММЛЖ/рост$^{2.7}$ для диагностики гипертрофии и определения типа геометрии левого желудочка; оценка трансмитрального кровотока для определения диастолической дисфункции левого желудочка.

Результаты. На первом этапе исследования были выявлено 93 человека с ИБС. Было установлено, что из 93 респондентов с ИБС и подвергнутых допплер-ЭхоКГ исследованию, 70 человек имели ФВ ≥45% (75.27%), а 20 человек <45% (24.73%). Далее нами был проведен анализ частоты регистрации ДД в зависимости от величины ФВ левого желудочка.

При ФВ≥45%, релаксативный тип ДД имел место у 34 лиц с ИБС (36.56%), псевдонормальный тип ДД у 21 человек (22.58%), рестриктивный тип у 9 человек (9.68%). В данной группе нормальная ДФ была зарегистрирована у 4 (4.3%), а ФП у 2 человек (2.15%).

Заключение. В результате проведенного исследования получены данные, указывающие на то, что большая часть лиц с ИБС имеют диастолическую дисфункцию по типу нарушенной релаксации. Учитывая то, что нарушения диастолической функции предшествуют развитию систолической, необходимо проведение мер по вторичной профилактике.

121 ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В МИОКАРДЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю.

ГУ "Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского", Симферополь, Республика Крым

Фармакотерапия ИБС, у больных сахарным диабетом (СД) связана с риском усугубления метаболических расстройств, что свидетельствует о необходимости изыскания новых эффективных и безопасных подходов к лечению кардиальной патологии у больных СД. Особого внимания заслуживает триметазидин — лекарственное средство, оптимизирующее энергетический метаболизм в миокарде. Подавляя β-окисление жирных кислот, триметазидин стимулирует утилизацию глюкозы, корригирует метаболические нарушения при ишемии, увеличивает выработку АТФ поддерживая жизнеспособность кардиомиоцитов и их сократимость в условиях ишемии, уменьшает ацидоз клетки и перегрузку ее, все это является важнейшей составляющей антиангинального и кардиопротективного влияния препарати при сахарном диабете.

Цель. Изучить эффективность применения триметазидина у больных стабильными формами ИБС на фоне СД.

Материал и методы. В основной группе — 48 пац. (возраст 56,3±0,9), с ИБС: стенокардия напряжения II–III ФК и СД II типа на фоне оптимальной медикаментозной терапии (ОМП) получали Предуктал MR по 35 мг 2 раза в сутки. В группе сравнения — 30 пац. ИБС: стенокардия напряжения II–III ФК и СД II типа получающие ОМП. Всем проводилось тестирование с определением количества приступов стенокардии в неделю и количества таблеток или доз аэрозольных форм нитроглицерина в неделю. Эффективность терапии оценивали через 1 и 3 месяца наблюдения.

Результаты. На фоне терапии терапии с применением триметазидина (Предуктал MR) среднее число приступов стенокардии в неделю уменьшилось с 7,2 до 2,6 ($p<0,01$). Число таблеток или аэрозольных доз нитроглицерина — 6,9±2,7 ($p<0,01$). В среднем количество приступов стенокардии и применяемых доз короткодействующих нитратов через 3 мес. уменьшилось на 64% и 66%, соответственно. достоверная положительная динамика имела место уже через 1 месяц лечения. За период наблюдения нежелательные явления не зарегистрированы.

Заключение. Комбинированная оптимальная медикаментозная терапия стабильной стенокардии напряжения у больных сахарным диабетом способствовала статистически значимому более выраженному уменьшению количества приступов стенокардии и применяемых доз короткодействующих нитратов через 3 месяца терапии.

122 СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРСИСТИРОВАНИЯ СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ОПЕРАЦИИ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА

Казаева Н. А., Суджаева С. Г., Губич Т. С., Суджаева О. А.

ГУ Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель. Изучить диагностическое значение прокальцитонина (ПКТ) в оценке степени тяжести персистирования сепсиса (ПС) у пациентов с инфекционным эндокардитом (ИЭ) после операций на клапанах сердца.

Материал и методы. Обследовано 55 пациентов с ИЭ, которым в активной фазе заболевания была выполнена хирургическая коррекция клапанных пороков сердца. У пациентов за 1 сутки до операции, на 1-е и 7-е сутки после операции определяли уровень ПКТ в сыворотке крови. Забор венозной крови осуществляли из кубитальной вены иглой для венепункции 21G в пластмассовые вакуумные пробирки системы "вакутайнер". Уровень ПКТ определялся в сыворотке крови иммунофлуоресцентным методом на автоматическом иммунофлуоресцентном анализаторе mini VIDAS (Biomerieus, Франция). Если в плазме крови уровень ПКТ на 1-е и/или 7-е сутки после операции увеличивался не более чем в 2,5 раза от исходного диагностировали отсутствие ПС, при увеличении ПКТ более чем в 2,5 раза, но менее чем в 5 раз от исходного диагностировали умеренную степень тяжести ПС, при увеличении ПКТ более чем в 5 раз от исходного диагностировали высокую степень тяжести ПС у пациента с ИЭ после хирургической коррекции клапанных пороков сердца.

Результаты. У 25 (45,5%) из 55 обследованных пациентов с после операции на клапанах сердца диагностировано отсутствие ПС. Клиническая верификация: отсутствие в послеоперационном периоде новых инфекционных осложнений. У 11 (20%) пациентов с ИЭ диагностирована умеренная степень тяжести ПС. Клиническая верификация: появление нового очага локализованной инфекции с поражением одного органа (не имевшего места до операции), развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома) в стадии гиперкоагуляции. У 19 (34,5%) пациентов диагностирована высокая степень тяжести ПС. Клиническая верификация: рецидив сепсиса, реинфекция с развитием синдрома системного воспалительного ответа, не имевшего места до операции, развитие тяжелого сепсиса, тяжёлое течение ДВС-синдрома с развитием тромбоэмболий/тромбозов сосудов и/или массивных, субмассивных кровотечений.

Заключение. Определение уровня прокальцитонина за 1 сутки до операции, на 1-е и 7-е сутки после операции на клапа-

нах сердца позволяет осуществлять раннюю диагностику степени тяжести персистирования сепсиса у пациентов с инфекционным эндокардитом с целью своевременного начала его лечения, ранней профилактики осложнений персистирующего сепсиса (развития гнойных очагов метастазирования инфекции, острого ДВС-синдрома, синдрома системного воспалительного ответа, полиорганной недостаточности), выявления противопоказаний к назначению оральных антикоагулянтов с целью профилактики тромбозов протезов клапанов сердца.

123 ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Алиева Т. А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить содержание мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона (Ал) у больных II и III ФК хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Обследованы 89 больных ХСН в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст которых составил 53,3 ±6,9 лет). Больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов Больные ФК II ХСН составляли — 45 и ФК III — 44 пациентов. Определение уровня МНУП и альдостерона проводилось на иммуноферментном анализаторе ELISA с использованием реактивов фирмы "Biomedica".

Результаты. У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП на 181,8% ($p<0,001$), а у больных III ФК на 319,5% ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой. Соответственно, уровень МНУП был в 2,8 раза при ФК II и в 4,1 раза выше при III ФК ХСН по сравнению со значениями контрольной группы. Наблюдалось также достоверное увеличение содержания альдостерона в обеих группах больных: у больных с ХСН ФК II уровень альдостерона увеличивался на 36,8% ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой. В группе больных с ФК III увеличение содержания альдостерона составляло 66,4% ($p<0,001$). Соответственно, уровень альдостерона увеличивался в 1,3 раза при ФК II и в 1,6 раза при III ФК ХСН. Существовала прямая корреляционная связь между МНУП и Ал у больных со II ФК, которая составила $r=+0,91$, а в III ФК $r=+0,89$, в обоих случаях $P<0,001$. Колебания содержания МНУП у больных ХСН ФК II составляло от 430,5 до 912,6 фмоль/мл, а у больных с ФК III от 675,5 до 1423,1 фмоль/мл. Аналогичные изменения наблюдали и при изучении содержания альдостерона. Колебания содержания альдостерона при ФК II от 180,2 до 361,1 пг/мл, а при ФК III от 219,1 до 435,7 пг/мл. Учитывая колебания этих показателей, изучено распределение обследуемых больных по содержанию уровня исследуемых гормонов в пределах меньших значений медианы (средневысокий уровень) и больших значений медианы (высокий уровень). У больных ФК II и III средневысокий уровень повышения МНУП наблюдался у 54,3% и 42,4% больных, тогда как средневысокий уровень альдостерона наблюдался у 62,9% больных с ФК II и 36,4% больных с ФК III, соответственно. При этом у больных ФК II преобладали средневысокие уровни нейрогуморальных факторов, а при ФК III высокие уровни МНУП и альдостерона.

Заключение. Таким образом, у больных с ПИКС, осложненным ХСН в крови увеличивается содержание МНУП и альдостерона и уровень этих гормонов коррелирует с тяжестью ХСН.

124 СУТОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ПРИЗНАКАМИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Каминская Т.В.[1], Авраменко Т. В.[2]
[1]Государственное учреждение "Республиканский клинический медицинский центр" Управления делами Президента РБ, Минск; [2]Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Влияние суточной вариабельности САД и ДАД на риск сердечно-сосудистых (СС) событий признается значимым у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Цель. Изучить показатели, характеризующие эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА) и толщину комплекса интима/медиа (ТКИМ) брахиоцефальных артерий (БЦА) у пациентов с АГ I-II и ее связь с показателями суточной вариабельности АД по данным суточного мониторинга АД (СМАД).

Материал и методы. Обследовано 88 пациентов с АГ I-II в возрасте 50,0±4,4 года (48 женщин и 40 мужчин). В исследование включались пациенты с исходным АД>160/100 мм рт. ст. без лечения или АД>140/90 мм рт. ст. на фоне лечения одним и более антигипертензивными препаратами (АГП); с наличием как минимум трех факторов риска развития СС событий из числа следующих: гипертрофия миокарда левого желудочка, наличие патологических отклонений на электрокардиограмме (патологический зубец Q, блокада левой ножки пучка Гиса, изменения сегмента ST или зубца Т ишемического генеза), сахарный диабет 2 типа, поражение периферических артерий, наличие цереброваскулярных событий в анамнезе не менее чем 3 месяца назад. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД аппаратом холтеровского мониторирования Oxford MEDILOG DARWIN. В качестве нормативов суточной вариабельности (SD) для пациентов с АГ I-II степени (АД 140–160/90–109 мм рт.ст.) приняты следующие значения: для САД — 15/15 мм рт.ст. (день/ночь), для ДАД — 14/12 мм рт.ст. (день/ночь). Функциональное состояние эндотелия сосудов изучалось с помощью пробы реактивной гиперемии правой плечевой артерии (ППА) с помощью ультразвуковой системы Acuson Sequoia фирмы Siemens. Измеряли диаметр сосуда в диастолу, пиковую, среднюю и объемную скорость кровотока в ППА, оценивали показатели после реактивной гиперемии на 15-й сек. и далее — на 1–3-й, 5-й мин.

Результаты. По результатам СМАД сформированы 2 группы пациентов с АГ: с нормальной (I гр — 24 чел) и повышенной вариабельностью СМАД (II гр — 64чел). Исходный диаметр ППА составил в I группе 0,337±0,011см, во II группе — 0,320±0,0,10 см. После снятия окклюзии этот показатель достоверно увеличивался к 1-й мин в I группе пациентов с АГ на 8,9±1,43%; в меньшей степени его прирост наблюдался во II группе — 6,1±0,6%. ТКИМ в I группе составила 0,88±0,08 мм а во II — 0,92±0,14 мм ($p<0,05$).

Заключение. 1. Степень ЭД коррелирует с процессами патологического ремоделирования артериальных сосудов и отражает прогрессирование АГ. 2. Повышенная вариабельность САД и ДАД как в дневные, так и в ночные часы у пациентов с АГ следует рассматривать как самостоятельный прогностически неблагоприятный фактор риска СС событий. 3. Одной из важнейших задач длительной АГТ на современном этапе следует рассматривать коррекцию повышенной вариабельности АД в течение суток с целью улучшения общего СС риска у пациентов с АГ.

125 РОЛЬ НОВЫХ МАРКЕРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Каминская Т.В.[1], Авраменко Т. В.[2]
[1]Государственное учреждение "Республиканский клинический медицинский центр" Управления делами Президента РБ, Минск; [2]Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Артериальная гипертония (АГ), являясь потенциально модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), все еще представляет демографическую угрозу в большинстве цивилизованных стран мира. Поэтому изучение особенностей циркадного ритма АД и параметров эндотелиальной дисфункции (ЭД) у пациентов с АГ актуальны в поиске путей дополнительного снижения риска ССО, а также возможности дифференцированного подхода к антигипертензивной терапии с учетом новых маркёров сердечно-сосудистого риска.

Цель. Изучить связь показателей циркадного ритма АД при суточном мониторинге АД (СМАД) и некоторых параметров ЭД у пациентов с АГ I–III степени.

Материал и методы. Обследовано 158 пациентов с эссенциальной АГ I–III степени. Всем пациентам проводилось СМАД аппаратом холтеровского мониторирования Oxford MEDILOG DARWIN. Измерения АД при СМАД проводились каждые 30 минут в период дневной активности и каждые 40 минут во время ночного сна. Проводили анализ средних значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД), суточный индекс (СИ). Были выделены следующие варианты суточного профиля АД (отдельно для САД и ДАД): 1). Dipper-лица с нормальным ночным снижением АД (СИ=10–20%); 2). Non-dipper- лица с недостаточным ночным снижением АД (СИ<10%); 3). Over- dipper-лица с чрезмерным ночным снижением АД (СИ>20%);4). Night-peaker- лица с ночной гипертензией (СИ<0); Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от показателей СМАД: группа 1 (36 человек) -пациенты с неблагоприятным профилем САД (non-dipper и night-peaker); группа 2 (27человек) — с неблагоприятным профилем ДАД (non-dipper и night-peaker); группа 3 (43 человека) — с более благоприятным профилем САД (dipper и over-dipper); группа 4 (32 человека) — с благоприятным профилем ДАД (dipper и over- dipper). Периферическое кровообращение оценивалось с помощью допплерографии сосудов шеи с исследованием в общих сонных артериях (ОСА) скоростных показателей (V ps — пиковой систолической скорости кровотока, Ved — конечно-диастолической скорости кровотока).

Результаты. По результатам допплерографии сосудов шеи средняя ТКИМ у пациентов с АГ 1+2 групп составила справа 950,0±16,85 мкм, слева 970,0±16,23 мкм и была больше (p<0,001), чем у пациентов с АГ 3+4 групп: справа 847,1±28,67 мкм, слева 858,19±31,06 мкм. У пациентов с АГ 1+2 групп отмечались достоверно более низкие показатели V ps в ОСА, (справа 57,92±2,01 см/сек, слева 55,6±2,32 см/сек; в группе 3+4, соответственно, 68,73±2,9 см/сек и 68,77±2,55 см/сек, p<0,05). Аналогично в группе 1+2 отмечались более низкие значения V ed (справа 15,79±0,58 см/сек, слева 15,12±0,54 см/сек) по сравнению с группами 3+4 (19,43±1,12 и 19,88±1,25 см/сек, p<0,05).

Заключение. 1. Исследование типов кривых СМАД — эффективный способ выявления высокого риска ССО у пациентов с АГ. 2. В группах с неблагоприятным профилем САД и ДАД (non-dipper и night-peaker) преобладали пациенты с АГ III степени, что указывает на ведущую роль гемодинамического фактора в формировании патологического профиля СМАД. 3. Снижение остроты переживаемого нами глобального кризиса менеджмента АГ, заключающегося в разрыве между научными достижениями и реальной клинической практикой, возможно при планомерном внедрении новых медицинских технологий, базирующихся на достижениях доказательной медицины.

126 ИЗУЧЕНИЕ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Капакова М.А.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель. Выявить частоту аспиринорезистентности у больных инфарктом миокарда в сочетании с цереброваскулярной недостаточностью.

Материал и методы. По результатам гемостазиологического обследования на фоне продолжающейся аспринотерапии были выделены 2 подгруппы в зависимости от уровня СИАТ в тесте с адреналин-индуцированной агрегацией — не превышающего 65% и превышающего этот показатель. В первую подгруппу были включены 38 больных (47,5%), во вторую — 42 пациента (52,5%).

Результаты. Достоверные различия в отношении исследованных показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза были выявлены только по двум, характеризующим выраженность агрегации — ИАТ и СИАТ. Степень превышения первого показателя в тесте с АДФ-индуцированной агрегацией составила 16,5% (p<0,05), при адреналин-индуцированной агрегации — 26,5% (p<0,05). СИАТ в подгруппе 2 превышал соответствующий показатель подгруппы 1 на 16,9% (недостоверно) и 29,2% (p<0,05). Заметно, что различия были более выраженными по уровню адреналин-индуцированной агрегации. Именно этот путь блокируется при применении аспирина. В то же время, ни по скорости агрегации, ни по показателям дезагрегации достоверных различий между группами не было выявлено. Аналогично, только с наличием недостоверного превышения (на 10,0%), вел себя уровень фактора Виллебранда в крови.

Таким образом, анализ данных показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза свидетельствует, что достоверные различия между выделенными подгруппами были выявлены главным образом в отношении окончательного результата действия одного из механизмов агрегации тромбоцитов, а именно — адреналин-зависимого.

В то же время, каскадный характер гемостазиологических реакций может приводить к формированию тромбов после активации сосудисто-тромбоцитарного звена вне зависимости от пути этой активации. Исходя из этого, нами был проведен сравнительный анализ показателей плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза в соответствии с уровнем адреналин-индуцированной агрегации. В подгруппе 2, у больных с выраженным повышением показателей адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов было зарегистрировано достоверное ухудшение состояния по ряду параметров сосудисто-тромбоцитарного звена. В частности, имелось достоверно уменьшение протромбинового времени (на 14,8%, p<0,05), резкое повышение содержания РПДФ (на 178,0%, p<0,01) и более ограниченное — РФМК (на 36,5%, p<0,05).

Заключение. Частота аспиринорезистентности по данным клинического исследования системы гемостаза и анализа in vitro среди больных, перенесших острые нарушения коронарного и церебрального кровообращения, достигает 45,0%.

127 ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Каражанова Л.К., Аймагамбетова А.О.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

В последние годы общепризнанной становится точка зрения, что наиболее реальным фактором как инициации и прогрессирования атеросклероза, так и развития его острых клинических проявлений является воспаление, а дестабилизация атеросклеротической бляшки определяется высокой активностью в ней хронического воспалительного процесса. Также в настоящее время доказано, что основной причиной развивающегося инфаркта миокарда является тромбоз коронарных артерий, возникающий, как правило, на месте имеющейся атеросклеротической бляшки с поврежденной поверхностью. Поэтому основной патогенетический метод лечения инфаркта миокарда — это скорейшее восстановление проходимости пораженной инфаркт-связанной артерии, а также борьба с её реокклюзией.

Цель. Изучение цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 и ИЛ-10) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, получающих тромболитическую терапию.

Материал и методы. Обследованы 30 пациентов ОИМ с подъемом сегмента ST поступившие в отделение неотложной кардиологии, средний возраст пациентов составил 53,7±8,3 лет и 11 здоровых людей в том же возрастном аспекте составили контрольную группу. Всем больным от момента поступления (1–3 сутки) проводилось изучение цитокинов. Для определения цитокинов использовались наборы реактивов для ИФА цитокинов человека фирмы “Вектор — Бест” (Новосибирск). В зависимости от проводимой терапии больные были распределены на две группы: 1-я группа (n=20) — пациенты, которым

проводили тромболитическую терапию с применением эберкиназы и актилизе, и 2-я группа (n=10) — без таковой. Отсутствие тромболитической терапии было обусловлено поздней госпитализацией больных (более 12 часов от момента появления ОИМ и наличием противопоказании).

Результаты. Как показали результаты проведенного исследования, у больных с ОИМ в первые сутки заболевания отмечается значительное повышение уровня провоспалительных цитокинов при сравнении с таковыми показателями в контрольной группе. Уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-6 (15,82±2,46), ФНО-α (10,9±2,13) достоверно (p<0,005) низкие в 1-й группе на фоне тромболитической терапии, при сравнении с больными 2-й группы, где ИЛ-6 (50,12 ±14,07), ФНО-α (15,03±1,5). Уровень ИЛ-10 у пациентов 1-й группы (65,57 ±14,58) достоверно (p<0,005) превышал таковой показатель, чем во 2-й группе ИЛ-10 (51,92±15,2). Нами не обнаружено достоверной прогностической значимости уровней ИЛ-1β.

Заключение. 1. У больных с ОИМ отмечено повышение активности системного воспаления, что отражается в повышении уровней маркеров воспаления провоспалительных цитокинов ФНО-α, ИЛ-6. 2. Сниженное содержание концентраций ФНО-α, ИЛ-6 у больных получивших тромболитическую терапию, свидетельствует об эффективности тромболизиса, что проявляется в подавлении системного воспаления.

128 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУТАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА H1/H2 В ГЕНЕ P2RY126 У БОЛЬНЫХ ИБС КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ

Каражанова Л. К., Жукушева Ш. Т.
Кафедра интернатуры по терапии ГМУ, Семей, Казахстан

Цель. Мутация гена P2RY126, кодирующий синтез пуринергического рецептора тромбоцитов, ассоциированы с нарушениями в системе гемостаза. Присутствие его как в гомозиготном, так и в гетерозиготном состоянии определяет повышение риска развития системных артериальных тромбозов.

Материал и методы. Проведено полное клинико-генетико-гемостазиологическое обследование 40 больных с диагнозом острых нарушений коронарного кровообращения. 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 полиморфизма H1/H2 в гене P2RY126 у обследованных больных и предварительное сравнение показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза. Был проведен анализ показателей системы гемостаза у лиц, длительное время получающих лечение ИБС с использованием в качестве профилактики аспирин.

Результаты. В нашем исследовании у больных ИБС частота мутантной аллели в гомозиготном состоянии составила 24%, в гетерозиготном — 34%. Наличие мутации гена P2RY126 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 23,5%, СИАТ — 21,5%. Напротив, индекс дезагрегации тромбоцитов у обследованных с мутантным генотипом имел тенденцию к снижению. Для выявления аспиринрезистентности использовалась агрегация тромбоцитов, индуцированная адреналином. В отношении контрольной группы её показатели были значительно увеличены (СИАТ — на 25,3%, p<0,05), однако обращало на себя внимание отсутствие существенных различий между группами больных с гомозиготным и гетерозиготным мутантным фенотипом. Показатели Парустеста и определение фактора V-PC также продемонстрировали наличие статистически значимых различий в зависимости от выявленной мутации гена P2RY126. 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). При анализе особенностей системы гемостаза в зависимости от наличия мутации H1/H2 гена-кандидата P2RY126 определялось умеренное превышение частоты среди больных ИБС относительно сходной популяционной группы. АДФ- и адреналининдуцированная агрегация у больных с наличием мутантных аллелей превышала показатели группы сравнения.

Заключение. В обследованной группе были выявлены статистически значимые различия показателей системы гемостаза у больных казахской национальности, связанные с наличием мутации P2RY126. Особого внимания заслуживает аспект, который связан равной степенью превышения показателей адреналин-индуцированной агрегации в сравнении АДФ-индуцированной в данной группе.

129 АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Каражанова Л. К., Есимбекова Э. И., Капакова М. А., Жукушева Ш. Т.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель. Разработка и внедрение в кардиологическую практику современных методов комплексной оценки генетических факторов, обусловливающих индивидуальную предрасположенность к развитию аспиринорезистентности (АСР) у больных ишемической болезнью сердца. клинико-лабораторные исследования (АСР) в оценке факторов риска и анализе мутации генов (Leu33ro; Thr145Met; C786T; HI/H2; C807T), кодирующих белки системы сосудисто- тромбоцитарного гемостаза у больных ИБС с АСР.

Материал и методы. Проводилось полное клинико-генетико-гемостазиологическое обследование 100 больных с ИБС (80 — мужчин, 20 — женщин; средний возраст 57,6±2,8 лет., включая нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда, ПИКС, с сопутствующими заболеваниями (АГ, ОНМК, СД). Клинической особенностью всех обследованных больных ИБС было предшествующее первичному обследованию длительное (не менее 6 месяцев подряд) постоянное применение в качестве антиагрегантного препарата -аспирина. У больных определяли — выделение ДНК, качество и концентрацию ДНК, электрофорез в 1–1,5% агорозном геле для качественного анализа ДНК, дизайн праймеров, ПЦР, анализ отсеквенированных участков и статистический анализ, а также показатели гемостаза.

Результаты. Наличие АСР оценивали путем проведения теста агрегации тромбоцитов in vitro. В качестве основного комплекса гемостазиологических обследований тест агрегации тромбоцитов, АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов, скрининг нарушений в системе протеина С и определение резистентности фактора-5 к протеину С. На данном этапе работы 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. Проведен анализ полиморфизмов генов у больных ИБС с АСР: Leu33Pro в гене ITGB3, Thr145Met в гене GP1BA, C786T в гене NOS3, P2RY12 в гене H1/H2, C807T в гене ITGA2.

Заключение. Разработаны скрининговые панели полиморфизмов по генам GP1BA, NOS3 у больных ИБС с АСР в казахской популяции. У пациентов ИБС с АСР полиморфизм H1/H2 гена P2Y12 ассоциациирован с развитием тромботических осложнений несмотря на терапию антиагрегантами. Маркером повышенного риска развития заболевания являются генотип H2 рецептора АДФ (H2 гаплотип).

При наличии носительства мутантных аллелей у одного и того же пациента: полиморфизм Thr145Met гена GP1BA находящееся в неравновесном сцеплении с полиморфизмом C786T гена NOS3, p=0,0029 и полиморфизмом H1/H2 гена P2RY12, p=0,015 показывают, что у этих пациентов возможно увеличивается риск про грессирования ИБС, развитие аспиринорезистентности.

130 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КАК МАРКЕРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Карташова И. В.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Клинико-диагностический центр "Здоровье", Ростов-на-Дону, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из ведущих причин смерти в большинстве развитых стран. Исторически крупные артерии считались пассивными участниками транспорта и перераспределения крови. Исследования последних лет показали, что крупные артерии являются самостоятельным функционирующим органом, обеспечивающим не только перераспределение крови, но и обладающим эндокринными и паракринными функциями, а также смягчающим пульсовую волну. Сегодня уже не вызывает сомнения, что мужские и женские половые гормоны могут детерминировать развитие и прогрессирование различных патологических изменений в артериях, венах, капиллярах с последующим нарушением региональной гемодинамики. (P. Ramwell et all., 1992). Таким образом, становится очевидной целесообразность исследования скорости пульсовой волны (СПВ) — как независимого фактора риска сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Выявить изменения СПВ у лиц с эректильной дисфункцией ("ЭД").

Материал и методы. В нашем центре провели изучение СПВ у пациентов с " ЭД" неинвазивным методом с помощью компьютеризированнго прибора PulseTrace от Micro Medical и были проанализированы значения СПВ у 27 лиц с "ЭД" и 24 человека не имевших "ЭД", составивших группу сравнения. Средние цифры АД у "ЭД" составили по уровню САДср. 132,5 ± 4,5 мм рт.ст., а по уровню ДАДср. 75,3±2,3 мм рт.ст. В группе контроля средние цифры давления составляли по уровню САДср.— 123, 1 ± 5,8 мм рт.ст., а по уровню ДАДср. 71,6 ± 5,3 мм рт.ст. Наибольшее количество жалоб в группе "ЭД" связано с ухудшением качества сна, раздражительность, снижение работоспособности, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, ощущение внутренней тревоги. Пациенты в группе "ЭД" достоверно ниже, чем пациенты без дисфункции, оценивали свое качество жизни.

Результаты. Характеристики пациентов (средние ± SD) и средние значения (±SE) ЧСС, АД и СПВ (скорость пульсовой волны) представлены в таблице:

	Возраст	ЧСС (уд./мин)	АД (ммртст.)	СПВ (м/с)
Здоровые (n=24)	39±6,5	76±2,1	123,1±5,8/71,6±5,3	7,7±0,2
ЭД (n=27)	43±6,0	80±5,0	132,5±4,5/75,3±2,3	15,5±0,7

При оценке результатов клинического измерения скорости пульсовой волны в исследуемых группах установлено, что средние значения в группе "ЭД" на 7,8%, выше, чем средние значения в группе контроля.

Заключение. В группе "ЭД" скорость пульсовой волны, оцениваемая неивазивным ультразвуковым методом, была достоверно выше, чем в контрольной группе и выявляет снижение этого показателя у пациентов с "ЭД" по сравнению с группой контроля составленной из здоровых мужчин. Полученные результаты позволяют не только оценить прогноз пациентов, но и дают возможность более ранней диагностики маркеров сердечно-сосудистого риска.

131 ПАРАМЕТРЫ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО В ОТНОШЕНИИ ИШЕМИИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА СОННЫХ АРТЕРИЙ

Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь между показателями "отрицательного" ишемического стресс-теста и наличием атеросклеротической бляшки (АСБ) в экстракраниальных сегментах сонных артерий.

Материал и методы. Обследовано 217 пациентов (112 мужчин, 105 женщин) в возрасте 54,3±8 лет (35–73 года) без верифицированной ишемической болезни сердца, имеющих ≥1 традиционных факторов сердечно-сосудистого риска (ССР). Пациентам выполнялся электрокардиографический стресс-тест на тредмиле по стандартному протоколу Bruce. Оценивались параметры частоты сердечных сокращений (ЧСС): исходная ЧСС, максимальная достигнутая ЧСС, восстановление ЧСС (разница между ЧСС на пике нагрузки и ЧСС через 1 и 2 минуты после прекращения нагрузки (восстановление ЧСС 1 и 2)). Определялся прирост систолического артериального давления (САД) как разница между максимальным и исходным САД в процентах относительно исходного значения. По продолжительности нагрузки рассчитывался уровень максимальной работоспособности в метаболических единицах. Атеросклеротическая бляшка в сонных артериях определялась как локальное утолщение стенки сосуда более чем 1,5 мм с его протрузией в просвет артерии.

Результаты. Атеросклеротическая бляшка была выявлена у 83 (38%) пациентов. По результатам многофакторного регрессионного анализа с наличием АСБ статистически достоверно были связаны следующие показатели: максимальная ЧСС (ОШ 0,97 (95% ДИ: 0,95–0,99); p=0,004), восстановление ЧСС 1 (ОШ 0,94 (95% ДИ: 0,89–0,99); p=0,01), восстановление ЧСС 2 (ОШ 0,96 (95% ДИ: 0,93–0,99); p=0,02) и прирост САД (ОШ 1,05 (95% ДИ: 1,03–1,08); p<0,0001). С помощью расчета интегральной площади под характеристической кривой (ППК) были определены пороговые значения восстановления ЧСС 1 и 2 и прироста САД, обеспечивающие наилучшее разделение пациентов по наличию АСБ в сонных артериях. Для восстановления ЧСС 1 таковым оказалось значение ≤22 уд/мин (ППК=0,587; p=0,02), для восстановления ЧСС 2 — ≤42 уд/мин (ППК=0,572; p=0,02), для прироста САД — >42% (ППК=0,629; p<0,0001).

Заключение. У бессимптомных пациентов прирост САД во время нагрузки, максимальная ЧСС, а также восстановление ЧСС, оцениваемое на первой и второй минуте восстановительного периода являются предикторами наличия АСБ экстракраиальных сегментах сонных артерий. В связи с этим, данные параметры могут быть использованы дополнением к анализу традиционных факторов ССР.

132 ВЫПОЛНЕНИЕ АМБУЛАТОРНЫМИ БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАЗНАЧЕННЫХ ВРАЧОМ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Каулина Е. М.

Филиал ФГБОУ ВПО "Сочинский государственный университет", Нижний Новгород, Россия

Цель. Оценка выполнения амбулаторными больными артериальной гипертонией (АГ) назначенных врачом мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ).

Материал и методы. В исследование было включено 200 амбулаторных больных АГ. Длительность исследования — 10 лет.

В ГВП (группа вмешательства) вошло 100 больных АГ: 39% мужчин, 61% женщин, средний возраст участников составил 64,6 года; среднегрупповой стаж заболевания АГ — 11,9 года. В группе ГВП с пациентами проводились регулярные обучающие семинары по лечебно-профилактическим мероприятиям при АГ в рамках исследования.

В ГСП (группа сравнения) вошло 100 больных АГ: 23% мужчин, 77% женщин, средний возраст участников составил 64,2 года; среднегрупповой стаж заболевания АГ — 12,3 года. С пациентами ГСП проводились традиционные мероприятия в условиях поликлиники.

Мероприятия по ИОЖ включали в себя: комплексную коррекцию двигательного режима с определением оптимальных физических нагрузок, модификацию диеты,

снижение потребления алкогольных напитков, отказ от курения.

Результаты. При сравнительном анализе было получено, что амбулаторные больные АГ с бóльшим вниманием относятся и более охотно выполняют рекомендации врача по выполнению медикаментозной терапии. При проведении сравнительного межгруппового анализа между ГВП и ГСП в ходе исследования был определен достоверно больший уровень приверженности больных АГ ГВП как к медикаментозным, так и к немедикаментозным мероприятиям восстановительного лечения.

В ходе исследования у больных АГ ГВП была выявлена достоверно бóльшая приверженность к выполнению рекомендаций по ИОЖ. За период исследования приверженность к выполнению мероприятий по ИОЖ в ГВП увеличилась на 15,9% ($p>0,05$), тогда, как приверженность к выполнению медикаментозной терапии достоверно возросла на 92,6% ($p<0,05$).

В ГСП у больных АГ за период исследования было достоверное снижение уровня приверженности к выполнению мероприятий по ИОЖ на 55,8% ($p<0,05$), кроме этого была определена тенденция повышения приверженности к медикаментозным мероприятиям только на 0,8% ($p>0,05$).

В ГВП при проведении корреляционного анализа была выявлена тесная обратная связь между уровнем выполнения мероприятий по ИОЖ и достижением целевого уровня систолического артериального давления (АД) ($r= -0,75$) и диастолического АД ($r= -0,65$). В ГСП корреляция между уровнем выполнения мероприятий по ИОЖ и достижением уровня систолического АД ($r=0,85$) и диастолического АД ($r=0,05$).

Заключение. Несмотря на достаточную информированность о необходимости проведения мероприятий по ИОЖ сохраняется большой процент больных АГ игнорирующих эти мероприятия.

133 СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И МАКРОЭЛЕМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Каштанова Е. В.[1], Полонская Я. В.[1], Кургузов А. В.[2], Чернявский А. М.[2], Каменская О. В.[2], Рагино Ю. И.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное учреждение "Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины " Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (ФГБУ "НИИТПМ" СО РАМН), Новосибирск; [2]ФГУ Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Е. Н. Мешалкина Минздравсоцразвития РФ, Новосибирск, Россия

Цель. Выявление связи маркёров липидного профиля и микроэлементов у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. В исследование были включено 58 мужчин 42–79 лет с кальцинозом коронарных артерий по данным предварительного исследования (коронарография), поступившие на оперативное лечение в Клинику ФГУ ННИИ патологии кровообращения Минздравсоцразвития РФ. Для исследования были отобраны пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС). Кровь у пациентов забирали из локтевой вены утром натощак. В сыворотке крови определяли уровни общего ХЛ, холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛВП-ХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛНП-ХС), триглицеридов (ТГ), кальция, фосфора, магния, аполипопротеинов А1 (апо А1) и аполипопротеинов В (апо В). Статистическую обработку результатов проводили в лицензионной программе SPSS for Windows.

Результаты. Оценка уровней липидных биомаркеров в крови была проведена нами с ориентиром на оптимальные (условно нормальные) значения, указанные в Российских рекомендациях ВНОК 2012 г, а именно уровни общего ХС <5 ммоль/л, ЛНП-ХС <3 ммоль/л, ТГ <1,7 ммоль/л, ЛВП-ХС >1,0 ммоль/л, апоА1 110–170 мг\дл, апо В≤100,0 мг\дл.

У 66% мужчин уровень общего ХС крови был повышенным. Количество лиц с повышенными значениями уровней ТГ крови составило 50%. Аналогичны результаты по оценке уровня ЛНП-ХС. Этот показатель оказался повышенным у 63% мужчин. Показатель ЛВП-ХС был низким у большинства обследованных (у 76%). Уровень апо В был повышен у 72%, а уровень апо А1 понижен у 21% мужчин с ишемической болезнью сердца. Относительно уровней макроэлементов получены следующие результаты: содержание фосфора в крови было повышено у 20%, а уровень магния был снижен у 40% обследованных мужчин.

Заключение. Проведенный корреляционный анализ выявил связи между исследуемыми показателями. Наиболее выраженные корреляции ($p<0,001$) оказались между уровнем кальция и общего ХС, ЛНП-ХС и апо-В. Также выявлена связь ($p<0,05$) кальция с ЛВП-ХС и апо А1. Уровень фосфора коррелирует ($p<0,05$) с уровнем ЛВП-ХС и ТГ.

134 НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА — РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ "НИИ терапии и профилактической медицины" СО РАМН, ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, ФГБУ филиал "НИИ кардиологии" СО РАМН), Новосибирск, Россия

Цель. Изучение высоких уровней психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в мужской открытой популяции Тюмени 25–64 лет в зависимости от возраста.

Материал и методы. Методом случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан среди лиц мужского пола городского населения Тюмени в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Изучение высоких уровней психосоциальных факторов — личностной тревожности (ЛТ), и депрессии (Д) — проводилось в рамках кардиологического скрининга путем самозаполнения жестко стандартизованной анкеты ВОЗ, анализ результатов базировался на алгоритмах программы МОНИКА-психосоциальная. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников.

Результаты. Установили, что распространенность высокого уровня личностной тревожности у мужчин 25–64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири достигла 36,6%. С возрастом высокий уровень ЛТ возрастал, достигая своего достоверного максимума в группе 55–64 лет сравнительно с молодыми возрастными группами 25–34 лет (28,8% — 50,0%, $p<0,001$) и 35–44 лет (33,8% — 50,0%, $p<0,01$). С группой 45–54 лет по высокому уровню ЛТ в старшей возрастной категории 55–64 лет не было выявлено существенных различий.

Стандартизованный показатель высокого уровня депрессии (большой депрессии) у мужчин 25–64 лет составил 4,6%. Большая депрессия достигала своего достоверного максимума в возрастной категории 55–64 лет сравнительно с прочими возрастными группами и общепопуляционным показателем 25–54 лет (5,9–14,6%, $p<0,001$). Во всем возрастном диапазоне 25–64 лет отмечались существенные различия между распространенностью низкого, среднего и высокого уровней депрессии (соответственно, 74,3% — 19,8% — 5,9%, $p<0,001$), эта закономерность имела место в каждой из четырех анализируемых возрастных групп.

Заключение. Таким образом, в тюменской популяции с возрастом увеличивались высокие уровни личностной тревожности и депрессии, достигая своего максимума в группе 55–64 лет.

135 МИКРОАНГИОГАСТРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Килесса А. В.

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, Симферополь, Республика Крым

Известно, что микроангиопатия у больных артериальной гипертензией носит системный характер. Однако, сведений об особенностях нарушений микроциркуляторного русла слизистой оболочки желудка у больных артериальной гипертензии и её эндоскопической диагностики не обнаружено.

Цель. Установить закономерность между фактом артериальной гипертензии и развитием микроангионгиогастропатии с использованием увеличительной видеоэндоскопии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением состояло 782 пациента с артериальной гипертензией с симптомами желудочной диспепсии. Эндоскопическое исследование выполняли с помощью видеоэндоскопической системы Evis Exera II с режимами высокого увеличения и узкоспектральной визуализации (NBI) 425 пациентам и 357 пациентам с использованием видеоэндоскопической станции EPX-4450 HD — FUJIFILM, EG-530N с режимами высокого увеличения и цветового спектрального выделения с трансназальным способом введения аппарата.

Результаты. Изменения микроциркуляторного русла слизистой оболочки желудка выявлены у всех обследованных больных. Типичность изменения заключается в следующем: локальные и протяженные эктазии микрососудов, их разрывы, с образованием внутрислизистых кровоизлияний, образованием геморрагических эрозий. Типичная локализация этих изменений нами выявлена в слизистой оболочке свода желудка и в субкардиальном отделе желудка. Степень изменений микроциркуляторного русла предопределяется степенью артериальной гипертензией, но не длительностью её течения.

Заключение. Таким образом, установлено, что у больных артериальной гипертензией развивается типичная микроангигастропатия, манифестным проявлением которой является образование геморрагических эрозий.

136 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Килесса В. В.

ГУ “Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Гориевского”, Симферополь, Республика Крым

Увеличение продолжительности жизни закономерно ведет к полипатии. Одной из проблем современной диагностики сочетанной патологии, является существующая практика изолированного воззрения на патологию сердечно-сосудистой системы и органов дыхания у отдельного больного, в то время как даже сердечно-лёгочное реанимация — единая система давно устоявшихся взглядов и действий. Необходимость формирования клинической дисциплины — “кардиопульмонология”, давно продиктовано следующими обстоятельствами.

Анатомо-функционального единства сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Кровяное давление в легочных сосудах, предсердиях и в полости правого желудочка находится в зоне низкого давления, эквивалентного давлению в микроциркуляторном русле организма, а его даже незначительное повышение сопровождается явлениями венозного застоя, цитолизом, с различными клинико-морфологическими проявлениями.

Объективной противоречивостью использования в кардиологической и пульмонологической практиках целых групп лекарственных препаратов — β-анреноблокаторов, β_2-агонистов, ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов, антибактериальных средств фторхинолоного ряда.

Формирование клинической дисциплины “кадиопульмонология” позволит улучшить качество диагностики и лечения больных с сочетанной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

137 ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ким Л. Б., Путятина А. Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение “Научный центр клинической и экспериментальной медицины” СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Сравнить частоту встречаемости факторов риска у больных инфарктом миокарда в зависимости от исхода заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ факторов риска (ФР) 199 историй болезни больных мужчин с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от исхода заболевания все больные были распределены на 2 группы: 1-я группа с благоприятным исходом (n=177, 71,1±0,52 год) и 2-я группа с неблагоприятным исходом (n=22, 71,4±1,17 год). Данные группы были сопоставимы по возрасту, частоте встречаемости первичного и повторного ИМ, ИМ с зубцом Q, локализации очага некроза (чаще всего встречался ИМ передней стенки). Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета статистических программ Statistica v. 10,0 (StatSoft Inc., USA). Числовые данные выражали в виде средней арифметической величины и ошибки средней. При сравнении качественных показателей использовали классический критерий χ^2. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Анализ данных показал, что в 1-й группе по частоте убывания факторы риска распределись в следующем порядке: артериальная гипертония (84%), курение (23%), ожирение (17%), злоупотребление алкоголем (15%), сахарный диабет 2 типа (13%). Во 2-й группе — артериальная гипертония (95%), курение (23%), злоупотребление алкоголем (23%), ожирение (18%), сахарный диабет 2 типа (5%). Как таковых значимых межгрупповых различий по частоте встречаемости ФР не было найдено. Отсутствие различий в частоте встречаемости ФР позволяет говорить о важном вкладе их как в развитии заболевания, так и в его прогрессировании и исходе.

При анализе структуры осложнений ИМ обнаружено следующее. В 1-й группе преобладали перикардит (9%), аневризма сердца (8%), тромбоэндокардит (5%), острая сердечная недостаточность (ОСН, 45%, из них 21% ОСН I ФК), тогда как во 2-й группе — ОСН (86%, из них 50% ОСН IV ФК), нарушение сердечного ритма (77%), психоз (36%), разрыв миокарда (5%). По всей видимости, выявленные особенности осложнений заболевания связаны с несовершенством постинфарктного репаративного фиброза, модификация которого обусловлена влиянием ФР, как патогенетического фактора.

Заключение. При сравнении частоты встречаемости ФР в группе больных ИМ и умерших не выявлено межгрупповых различий. По-видимому, развитие более тяжелых форм осложнений во 2-й группе наряду с другими причинными факторами, связано с модификацией репаративного фиброза. Своевременный мониторинг репаративного фиброза позволит предупредить развитие осложнений, тем самым, снизить частоту летальных исходов.

138 ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Киргизова М. А.., Рябов В. В. Суслова Т. Е., Марков В. А., Попов С. В., Карпов Р. С.

ФБГУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск; ГБОУ ВПО СибГМУ, Томск; ГБОУ ВПО НТГУ, Томск, Россия

Цель. Изучить отдаленные результаты трансплантации аутологичных мононуклеарных клеток костного мозга (АМККМ) у больных при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В открытое, рандомизированное исследование, зарегистрированное на сайте Clinicaltrials.gov. под

названием “ESTABOMA”, включено 62 пациентов, поступивших с первичным ОИМ в 2003–2006 гг. в НИИ кардиологии. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — проведено стентирование инфарктсвязанной коронарной артерии (ИСКА) и трансплантация АМККМ на 7–21 сутки (n=28), 2-я группа — стентирование ИСКА на 7–21 сутки (n=34), исходно группы были сопоставимы по клинико-анамнестическим характеристикам. Через 8,23±0,72 лет после ОИМ выполнена оценка клинического состояния, физикальный осмотр, проведен ТШХ, выполнена эхокардиография на ультразвуковой системе “VIVID 7, GE Vingmed Ultrasound, Norway”, определен уровень BNP с помощью панели Triage BNP Test на анализаторе “Triage Meter”. Для статистической обработки использовали программу “Statistica v. 10.0”.

Результаты. Из 62 включенных пациентов получена информация о жизненном статусе 58 больных (93%), контрольное обследование прошло 44 пациента (70%), 14 — умерло (22%). За истекший период частота развития клинически значимых нарушений ритма сердца в обеих группах была одинаковая (5% против 5%), Частота новых онкологических заболеваний была одинаковая в обеих группах (5% против 5%). При анализе частоты развития повторных инфарктов миокарда, ОНМК и толерантности к физическим нагрузкам в отдаленные сроки после ОИМ достоверных различий между группами не выявлено. В основной группе отдаленная как общая, так и сердечно-сосудистая летальность были выше по сравнению с контрольной группой (10 (36%) против 4 (12), p=0,01; 8 (29%) против 2 (6%), p=0,03, соответственно). ХСН II и более ФК чаще выявлялась в контрольной группе (6 (31%) против 10 (21%), p=0,05), соответственно, диагноз ХСН IIA и IIБ чаще устанавливался во 2-й группе (8 (29%) против 3 (9%), p=0,05). В течение 8-летнего периода наблюдения во 2-й группе было достоверно больше госпитализаций по поводу сердечно-сосудистого заболевания, в том числе по поводу нестабильной стенокардии (12 (37,5%) против 5 (19%) в 1-й группе, p=0,035). При анализе объемных параметров сердца достоверных отличий по группам не выявлено (КДИ (61,7±11,7 мл/ м^2 против 67±22,2 мл/ м^2), КСИ (28,9±9,2 мл/м^2 против 33,25±16,9 мл/м^2), и по ФВ (В-режим) (51±5,6% против 51,5±12,9%). По уровню BNP между группами значимых различий не выявлено (148 (65,7; 173) против 169 (39,4;252,5) пг/мл, p=0,14).

Заключение. Не выявлено позитивного влияния трансплантации АМККМ на отдаленную выживаемость больных. Однако среди пациентов, прошедших контрольное обследование, в основной группе реже выявлялась клинически значимая ХСН и реже диагностировалась нестабильная стенокардия.

139 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Кирищева Э. К., А. А. Осипенко, Макеева Е. Р., Ларионова Н. В.
Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Ишемическая болезнь почек (ИБП) одна из актуальных междисциплинарных проблем современной медицины. Считается, что стеноз почечных артерий (СПА) часто ассоциирован с рефрактерной артериальной гипертензией (АГ) и с атеросклерозом коронарных артерий. Это может оказывать существенное влияние на характер структурно-функциональных изменений сердца при ИБП.

Цель. Оценка структурно-функциональных изменений сердца при стенозирующем поражении почечных артерий.

Материал и методы. Обследованы 159 больных (122 мужчины, 37 женщин) в возрасте от 38 до 76 лет. Средний возраст составил 54±7,7 лет. У 138 (86%) имелась АГ. Всем пациентам в связи с подозрением на ишемическую болезнь сердца (ИБС) проведена диагностическая коронароангиография (КАГ), во время которой одновременно проведена ангиография почечных артерий (АПА). По результатам АПА все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — пациенты без СПА, 2 группа — со СПА. Группы были сопоставимы по полу, индексу массы тела, уровню артериального давления (АД).

Результаты. Атеросклеротический стеноз почечных артерий выявлен у 23 пациентов (14,5%), в том числе гемодинамически значимый у 16 (10,1%). СПА наблюдался у 19 (83%) мужчин, и у 4 (17%) женщин. У 5 (22%) пациентов СПА имел двухсторонний характер. Пациенты со СПА были старше — 59,1±8,1 лет и 53,3±7,2 лет, соотв., p=0,0006. Все пациенты со СПА имели АГ: систолическое АД было 141,5±17,67 мм. рт.ст., диастолическое АД 85,2±8,32 мм. рт.ст. У всех пациентов со СПА имелась ИБС, подтверждённая КАГ. Причём у 17 (74%) выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий, что потребовало хирургических методов реваскуляризации. У больных со СПА выявлялась большая толщина задней стенки левого желудочка в диастолу (ЗСЛЖ) (11,63±1,77 мм и 10,12±1,80 мм, соотв., p=0,002), более высокие значения относительной толщины стенки левого желудочка (ОТСЛЖ) (0,44±0,09 и 0,38±0,07, соотв., p=0,013), более высокий индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) (149,31±32,84 и 126,83±35,23, соотв., p=0,048), по сравнению с пациентами без СПА. Концентрическая гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) в группе больных со стенозом почечных артерий встречалась достоверно чаще в сравнении с пациентами имевшими нормальные сосуды почек — 39,1% (9 чел) и 19,8% (27 чел) (χ^2=4,1, p=0,042). Достоверной разницы в частоте выявления эксцентрического типа ГЛЖ у больных со СПА и без СПА не наблюдалось: 5 (21,7%) пациентов и 37 (27,2%) пациентов, соотв., p=0,74. Нормальная геометрия ЛЖ так же встречалась одинаково часто у больных с СПА и без него (2 (8,7%) пациентов и 26 (19,1%) пациентов, соотв. p=0,35).

Заключение. Все пациенты со СПА имеют ИБС (подтвержденнную КАГ), как правило, с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий. Наличие стенозирующего атеросклероза почечных артерий ассоциировано с увеличением толщины ЗСЛЖ, ОТСЛЖ и ИММЛЖ. В структуре геометрических типов ремоделирования ЛЖ у больных со стенозом почечных артерий преобладает концентрический тип гипертрофии ЛЖ.

140 ИЗМЕНЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДО И ПОСЛЕ ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРЫ “ЛАБИРИНТ”

Кистенева И. В., Баталов Р. Е., Усенков С. Ю., Попов С. В., Саушкина Ю. В., Минин С. М., Ефимова И. Ю., Лишманов Ю. Б.
ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Изучить состояние симпатической иннервации миокарда левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) до и после катетерного лечения, а также выявить взаимосвязь изменений вегетативной иннервации сердца и эффективности катетерного лечения ФП.

Материал и методы. В исследование включены 12 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) II–III ст (стаж ГБ 5–20 лет) и персистирующей формой ФП. Длительность аритмического анамнеза составила 4,6±1,9 года, частота пароксизмов аритмии — от ежедневных до трех в неделю. Всем пациентам выполнена радиочастотная аблация (РЧА) ФП по схеме “Лабиринт”. Для оценки симпатической активности миокарда до и через 12 мес после процедуры была выполнена сцинтиграфия с ^{123}I-метайодбензилгуанидином (^{123}I–МИБГ), по результатам которой оценивали общую симпатическую активность по соотношению “сердце/средостение” (“С/Ср”).

Результаты. Результаты проведенного исследования показали, что исходно у всех пациентов с ГБ и ФП имело место нарушение симпатической активности миокарда. Это отразилось в низких значениях соотношения “сердце/средостение” как на ранних (Н/М=1,46±0,18), так и на отсроченных сцинтиграммах (Н/М=1,53±0,15). Через 12 мес наблюдения у 7 пациентов ФП отсутствовала без приема антиаритмических препа-

ратов. Еще у 4 пациентов зарегистрирована ФП с частотой пароксизмов до 1 раза в месяц. У одного пациента потребовалась повторная РЧА, при этом было документировано восстановление проведения в ЛВ. У всех пациентов после РЧА отмечалось статистистически значимое увеличение индекса “сердце/средостение” как на ранних (1,58±0,15 и 1,91±0,20, соответственно, p<0,05), так и на отсроченных сцинтиграммах (1,69±0,22 и 1,96±0,42, соответственно, p<0,05) в сравнении с исходными показателями. При анализе взаимосвязи стажа ГБ и ФП, частоты пароксизмов ФП с показателями симпатической иннервации миокарда корреляционных связей выявлено не было, однако, была выявлена обратная сильная корреляционная связь между показателями “С/Ср” на исходных ранних и отсроченных сцинтиграммах с наличием рецидива ФП через 12 месяцев после РЧА ФП (R=–0,891 и R= –0,878, соответственно, p<0,05).

Заключение. У пациентов с ГБ и персистирующей формой ФП выявляются нарушения функционального состояния симпатической нервной системы миокарда левого желудочка. После РЧА ФП наблюдается улучшение общей вегетативной функции сердца. Предсуществующее выраженное нарушение симпатической активности миокарда может являться одним из предикторов возможного рецидива ФП после РЧА.

141 МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Кожокарь К. Г., Горьков А. И., Саламатина Л. В., Урванцева И. А.

БУ Окружной кардиологический диспансер “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии”, Сургут, Россия

Цель. Провести морфологическую оценку поражения коронарных артерий при ОКС с подъемом сегмента ST у лиц, проживающих в условиях Севера.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 276 историй болезней пациентов, поступивших в Окружной кардиодиспансер г. Сургута с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. Среди них было 18,5% женщин и 81,5% мужчин в возрасте от 29 до 84 лет, средний возраст составил 56,6±14,1 лет. Всем пациентам по экстренным показаниям была выполнена коронарография (КАГ), по данным которой осуществлялась оценка морфологии коронарных артерий. Оценивалось наличие острых и хронических окклюзий артерий, наличие гемодинамически значимых атеросклеротических поражений, наличие кальцинозов, диффузные изменения и неровность контуров сосудов.

Результаты. Левый тип кровообращения был выявлен у 18,8%, правый — 38,8%, сбалансированный у 42,4% пациентов. Окклюзий ствола ЛКА по данным КАГ выявлено не было. Окклюзия ПМЖВ была выявлена у 76 человек (27,5%); один участок стенотического поражения в ПМЖВ был выявлен у 59% пациентов, 2 — в 19,2%. У 5,1% поступивших больных обнаружены субтотальные стенозы ПМЖВ. Окклюзия ДВ была выявлена у 27 пациентов (9,8%), в подавляющем большинстве с локализацией в устье; один участок поражения был выявлен в 23,9%, 2 — в 2,2% от всей группы пациентов. Окклюзия ОВ обнаружена у 34 пациентов (в 5,1% случаев); стенозы на одном участке были выявлены в 47,1% случаев, в 2 участках — в 8,3%. Окклюзия ВТК была выявлена у 14 пациентов (в 12,3%). Окклюзия ПКА — у 81 пациента (29,3%), из числа этих пациентов окклюзия пр/3 ПКА наблюдалась у 34,6%, ср/3 — у 45,7%. Стенозы в 1 сегменте ПКА встречались в 42,8% случаев, в 2сегментах — в 14,5%, в 3 — в 2,9%.

При оценке частоты встречаемости стенозов в зависимости от сегмента пораженной артерии получены следующие результаты: — ПМЖВ: ср/3 (39,8%), пр/3 (36,1%), устье (12,1%); — ДВ: устье (72%); — ОВ: ср/3 (49,3%), пр/3 (21,9%), устье (12,3%); — ВТК: пр/3 (48,6%), устье (35,1%); — ПКА: пр/3 (41,1%), ср/3 (37,9%), дист/3 (15,2%).

Заключение. У пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, проживающих в условиях Севера чаще выявлялось многососудистое поражение коронарного русла, нежели острая тромбоокклюзия одной артерии. Острые тромбоокклюзии коронарных сосудов в большинстве случаев выявлялись в ПКА (29,3%) и ПМЖВ (27,5%).

Атеросклеротическим процессом достоверно чаще были поражены ПМЖВ, ПКА и ОВ. Сегментарный анализ поражений коронарных артерий выявил: достоверное преобладание стенозов в ср/3 ПМЖВ (39,8%), устье ДВ (72%), ср/3 ОВ (49,3%), пр/3 ВТК (48,6%), пр/3 (41,1%) и ср/3 (37,9%) ПКА.

142 ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ И ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С. М., Мельникова О. П., Геворкян Т. Т., Устинова И. Б., Севрук Т. В.

Республиканский научно-практический центр “Кардиология”, Минск, Беларусь

В структуре ранней сердечной смертности гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является одной из наиболее частых причин. Ежегодная смертность больных, страдающих ГКМП в результате внезапной сердечной смерти (ВСС), составляет 3–6% для детей и подростков и 2–4% для взрослых.

Цель. Оценить выживаемость и роль факторов риска, ассоциированных с внезапной сердечной смертью у пациентов с ГКМП, проживающих на территории Беларуси.

Материал и методы. Под наблюдением с октября 2001 по апрель 2013 г в РНПЦ “Кардиология” находились 231 пациент с ГКМП (152 мужчин и 79 женщин, медиана возраста 46 (от 17 до 68 лет), среди которых у 94 (40,7%) диагностирована обструктивная форма, у 137 (59,3%) пациентов — необструктивная форма заболевания. Оценивали семейный анамнез, отягощенный ВСС, синкопальные состояния, измеряли общепринятые эхокардиографические параметры; учитывали наличие эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии (НЖТ), продолжительность корригированного интервал (QTc) и дисперсию интервала QT (QTd), величину микроволновой альтернации зубца Т (mTWA) при суточном мониторировании ЭКГ (СМ ЭКГ).

Результаты. За период наблюдения было зарегистрировано 24 летальных исхода, из них: ВСС у 6 пациентов, смерть от прогрессирования ХСН до “конечной стадии” заболевания у 4 пациентов, смерть от эмболических осложнений у 1 пациента, от осложнений в послеоперацинном периоде — у 2 пациентов, от некардиальной причины — у 1 пациента. Десяти пациентам, перенесшим ВСС с успешной реанимацией была проведена имплантация кардиовертера-дефибриллятора (КД). В данном исследовании анализировали только летальные исходы, связанные с ВСС или ее эквивалентами (16 исходов). При анализе выживаемости трехлетняя ВВС-специфическая выживаемость составила 95,7 (SE -1,5)%, пятилетняя — 89,7 (SE –3,0)%. При однофакторном анализе выявлены факторы, ассоциированные с ВСС: наличие в семейном анамнезе случаев ВСС (ОР 4.25; 95%ДИ 1.57–11.52), синкопальных состояний (ОР 6.51; 95% ДИ 2.23–19.01) и эпизодов НЖТ (ОР 30.36; 95% ДИ 6.89–133.85). Наибольшее влияние на прогноз оказывали факторы, связанные с электрической нестабильностью миокарда, такие как продожительность корригированного интервала QT (ОР10.80; 95% ДИ 2.79–41.77), продолжительность дисперсии интервала QT (ОР1.25; 95% ДИ 1.05–1.47) и величина mTWA (ОР1.2595% ДТ 1.05–1.47). По данным многофакторного анализа только наличие таких факторов, как эпизоды ‘НЖТ (ОР 10,37; 95% ДИ 2,15–50,1), продолжительность интервала QTc (ОР 4,79; 95% ДИ 1,15–19,85) и величина mTWA (ОР 2.38; 95% ДИ 1.33–4.27) явились независимыми предикторами ВСС.

Заключение. Проведенное исследование позволило определить группу пациентов, потенциально имеющих наименьшие шансы на успешный прогноз, которым необходимо примене-

ние дополнительных методов лечения, в первую очередь, имплантацию кардиовертера-дефибриллятора.

143 СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И КЛИНИКОЙ СТЕНОКАРДИИ

Константинов Д. Ю., Галин П. Ю.

ГБОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия" МЗ РФ, Оренбург, Россия

Развитие синдрома стенокардии у больных с приобретенными пороками сердца является одним из факторов, уменьшающим продолжительность жизни, а также увеличивающим риск внезапной смерти, что служит одним из показаний для протезирования клапанов сердца. Следовательно выделение факторов способствующих развитию преходящей ишемии миокарда у больных ревматической болезнью сердца является актуальным.

Цель. Определение особенностей коронарного кровотока у пациентов с приобретенными пороками сердца и вторичной ишемией миокарда.

Материал и методы. Всего было обследовано 102 человека с приобретенными пороками сердца, у которых имелась клиника стенокардии напряжения II–III ФК. Кроме общеклинического обследования, всем больным была выполнена коронароангиография для оценки состояния коронарных артерий. Параметры центральной гемодинамики изучались методами эхокардиографии и допплерографии. Все больные были разделены на 3 группы: первую группу составили пациенты с неизмененными коронарными артериями, вторую — пациенты с гемодинамически незначимыми стенозами; третью группу составили пациенты с гемодинамически значимыми стенозами.

Результаты. Отсутствие патологии коронарных сосудов выявлено у 79 больных (1 группа), что составило 77,5% всех обследованных, среди которых было 55 женщин и 24 мужчин, и наиболее часто встречающийся порок — комбинированный аортально-митральный порок сердца. Анализ данной группы по возрасту показал широкий возрастной диапазон — от 35 до 72 лет, но наибольшее количество пациентов с синдромом стенокардии находится в возрастной группе 56–60 лет (23 человека: 7 мужчин и 16 женщин). Атеросклероз коронарных артерий выявлен у 22,5% больных (23 человека), в т.ч. 7 человек с гемодинамически незначимыми и 16 с атеросклеротическими стенозами более 50% просвета коронарных артерий. Во второй группе преимущественно наблюдалось гемодинамически незначимое поражение передней нисходящей артерии у 3 женщин и 4 мужчин в возрасте от 53 до 66 лет в основном с поражением аортального клапана. В группе больных со значительным гемодинамическим стенозом коронарных артерий (9 мужчин и 7 женщин в возрасте от 45 до 65 лет) также наиболее часто встречается поражение передней нисходящей артерии (75% больных) в 93,75% случаев на фоне комбинированного аортально-митрального порока.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ревматической болезнью сердца клиника стенокардии наиболее часто развивается при комбинированном аортально-митральном пороке сердца как с неизмененными коронарными артериями, так и с атеросклеротическим стенозированием более 50%, в то время как у больных с поражением аортального клапана клиника стенокардии возникает при менее значимых стенозах коронарных артерий.

144 АНАЛИЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Конышко Н. А., Морозова Т. Е.

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

Цель. Исследовать особенности систолической и диастолической функции левого желудочка у беременных женщин с соматической патологией.

Материал и методы. Исследования проводились на кафедре факультетской терапии ГБОУ ВПО Смоленской государственной медицинской академии Минздрава России, на базе отделения патологии беременности Родильного дома, женской консультации ОГБУЗ "Клиническая больница № 1", ОАО Медицинский центр "Гинея" (г. Смоленск) в 1999–2011 г.г.

Проведено комплексное клиническое обследование 378 амбулаторных и стационарных пациенток женского пола в возрасте от 18 до 47 лет с соматической патологией в период беременности: гестозом, артериальной гипертензией (АГ длительность заболевания — 28,8±4,0 недели, систолическое АД при поступлении –165±12 мм рт. ст., диастолическое АД –86±10 мм рт.ст.), ожирением (индекс массы тела 32,1±2,7 кг/м^2). Контрольную группу составила 51 беременная женщина в аналогичном возрастном диапазоне без клиники соматической патологии и указаний на нее в анамнезе. Критерием включения в основную группу являлись наличие указанной выше патологии в период беременности, живого плода, согласие пациентки на обследование.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют, что процессы функционального ремоделирования левого желудочка у беременных женщин с ожирением запускаются намного раньше, чем развивается другие симптомы метаболического синдрома (артериальная гипертензия и нарушения углеводного обмена). При этом у беременных пациенток с артериальной гипертонией наблюдается тенденция к гиперкинетическому типу гемодинамики с увеличением значений VCF и тенденцией к повышению фракции выброса, без увеличения конечной систолической скорости, при отсутствии изменений индекса ударного объёма. В группе беременных с ожирением на фоне увеличения объемного показателя левого желудочка — индекса конечного диастолического объёма выявлено снижение фракции выброса и отсутствие нарастания индекса ударного объёма, что свидетельствует о переходе адаптивного ремоделирования левого желудочка к дезадаптивному, сопровождающемуся систолической дисфункцией.

Заключение. У пациенток обеих клинических групп были выявлены изменения параметров, характеризующих активное расслабление левого желудочка и его эластичность. При этом у пациенток с ожирением наблюдалось нарастание жесткости миокарда по сравнению со второй группой, что может обуславливать трудность коррекции диастолической дисфункции у данной категории беременных, так как большинство лекарственных препаратов воздействует на активное расслабление левого желудочка.

145 АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Конышко Н. А., Морозова Т. Е.

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

Артериальная гипертензия (АГ) беременных является одной из основных причин материнской смертности — более чем 50000 женщин в год. Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 15 до 20%; в различных регионах России она составляет от 7 до 29%.

Цель. Изучение влияния антропометрических параметров беременных женщин на изменение структурно-геометрических показателей сердца в зависимости от характера соматической патологии.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 378 амбулаторных и стационарных пациенток в возрасте от 18 до 47 лет с соматической патологией в период беременности: артериальной гипертензией (АГ), ожирением. Контрольную группу составили пациентки в аналогичном возрастном диапазоне без клиники данной патологии и указаний на нее в анамнезе.

Результаты. При ожирении в каждом втором случае механизмы структурной перестройки левых камер сердца запускаются еще на ранней стадии даже при нормотензии. Развитие артериальной гипертензии при изменении трофологического статуса и свойственных ему тканевой гипоксии, оксидативному стрессу и гиперинсулинемии, наряду с ожирением, способствует гипертрофии миокарда левого желудочка и последующему его ремоделированию (сферизации), морфологическому субстрату сердечной недостаточности. Выявленная при этом тенденция к увеличению частоты концентрической гипертрофии у беременных с артериальной гипертензией показывает, что увеличение массы тела на фоне сердечнососудистой патологии беременности сопровождается увеличением доли пациенток с формированием гипертрофии миокарда левого желудочка не только концентрического её варианта, но и прогностически более неблагоприятного — эксцентрического. У беременных с ожирением процессы ремоделирования левых камер сопровождаются изменением геометрии левого предсердия — увеличением его индекса сферизации, увеличением массы миокарда левого желудочка. Около половины обследованных в данной клинической группе имели патологические типы геометрии левого желудочка, с отсутствием достоверных различий в частоте встречаемости отдельных вариантов. Геометрия правого желудочка при ожирении характеризовалась увеличением толщины передней стенки правого желудочка.

Заключение. У наблюдаемых с артериальной гипертензией наряду с увеличением индекса сферизации левого предсердия нарастал его продольный размер. Выраженность гипертрофии ЛЖ была сравнима с показателями группы с ожирением, но увеличилась доля пациенток с патологическими типами ремоделирования, с тенденцией к преобладанию эксцентрического варианта. Структурно-геометрическое ремоделирование правых отделов в данной клинической группе характеризовалось увеличением размеров как правого предсердия, так и правого желудочка с увеличением толщины его передней стенки.

146 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ЛИЦ С РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ

Копылова Н. В.

ГБОУ ВПО “Оренбургская Государственная Медицинская Академия” Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель. Выявление зависимости между показателями вариабельности сердечного ритма и параметрами окислительного стресса у лиц с риском внезапной сердечной смерти.

Материал и методы. Обследовано 120 человек в возрасте от 18 до 45 лет. Из них 20 обследуемых составили контрольную группу (средний возраст 23,95±0,8) и 100 человек, имеющие анатомический субстрат, электрический субстрат и триггерные факторы развития ВСС (средний возраст 27,81±0,8). Оценку активности антиоксидантных ферментов в лизатах эритроцитов проводили спектрофотометрическим методом. Интенсивность свободно-радикального окисления (СРО) определялась методом железоиндуцирующей хемолюминисценции цельной сыворотки крови и фракций апо-В липопротеинов по методике Р. Р. Фархутдинова. Для оценки ВРС использован компьютерный анализ 5-минутных фрагментов ритмограммы и спектрограммы в покое и в ходе выполнения активной ортостатической пробы по методике В. М. Михайлова.

Результаты. При сравнительном анализе параметров ритмограмм выявлено достоверное снижение мощности всех частотных диапазонов: VLF, HF, отношения LF/HF. Отмечена тенденция к снижению SDNN менее 50 мс как при фоновой записи, так и после проведения ортостатической пробы. У лиц, имеющих предикторы ВСС, интенсивность СРО, оцениваемая по параметрам хемолюминисценции (вспышка 1,46±0,20 и светосумма 5,99±0,90) приблизительно в 3 раза выше, чем в контрольной группе (вспышка 0,67±0,06 и светосумма 2,60±0,25). Активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутаза и каталаза) также отличается. При этом супероксиддисмутаза (СОД) у лиц с предикторами ВСС на 30% выше (СОД у лиц с предикторами ВСС 121,09±5,50, СОД в контрольной группе 94,33±8,35), а каталаза, напротив, на 17% ниже, чем в контроле (каталаза у лиц с предикторами ВСС 407,46±14,49, каталаза в контрольной группе 509,10±29,51).

Заключение. У лиц с риском внезапной некоронарогенной сердечной смерти выявлено снижение мощности частотных диапазонов показателей спектрального и временного анализов вариабельности сердечного ритма, что отражает снижение тонуса парасимпатической нервной системы, и таким образом служит проявлением уменьшения вагусной защиты от аритмогенного влияния симпатической нервной системы. Также имеют место явления окислительного стресса, проявляющиеся как повышением интенсивности свободно-радикального окисления, так и снижением активности антиоксидантных ферментов. Это в свою очередь может указывать на роль окислительного стресса в развитии электрической нестабильности миокарда и внезапной сердечной смерти. Таким образом, снижение показателей ВСР коррелирует с повышением интенсивности СРО и снижением активности антиоксидантных ферментов. Это говорит о ценности этих методов для прогнозирования электрической нестабильности миокарда.

147 ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Копылов В. Ю., Белова М. А., Копылов Ю. Н.

ГБОУ ВПО “Оренбургская Государственная Медицинская Академия” Минздрава России, Оренбург, Россия

Абдоминальное ожирение ассоциировано с повышением уровня триацилглицеридов (ТАГ), низкой концентрацией холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), повышением уровня общего холестерина (ОХС) и увеличением концентрации холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), который является основным фактором способствующим формированию атеросклероза.

Данные в современной литературе указывают на то, что при избыточной массе тела и ожирении у взрослого населения увеличивается концентрация в сыворотке ОХС и ЛПНП, однако связанные с цифрами индекса массы тела различия в концентрациях ОХС и ЛПНП более выражены у людей с меньшим весом, и с возрастом они уменьшаются.

Цель. Выяснить степень нарушения липидного обмена у лиц с повышенной массой тела и ожирением, без нарушения углеводного и белкового обменов.

Материал и методы. В исследовании участвовало 26 пациентов с повышенной массой тела и ожирением. Средний возраст обследованных составил 22,3 лет. Контрольную группу составили 29 практически здоровых, со средним возрастом 20,3 лет. У всех исследуемых определялся индекс массы тела, уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), холестерина липопротеидов высокой плотности, триацилглицеридов и индекса атерогенности (ИАГ).

Результаты. Средний индекс массы тела лиц контрольной группы составил 21,36±0,41, основной группы — 31,48±0,56. В группе практически здоровых лиц величина исследуемых показателей составила: ОХС-4,59±0,15 ммоль/л, ЛПНП-3,21±0,18 ммоль/л, ЛПОНП-0,45±0,03 ммоль/л, ЛПВП-1,01±0,03 ммоль/л, ТАГ-0,99±0,06 ммоль/л, ИАГ-3,64±0,16 ммоль/л. У пациентов основной группы данные показатели имели значение: ОХС-4,79±0,14 ммоль/л, ЛПНП-3,31±0,13 ммоль/л, ЛПОНП-0,57±0,05 ммоль/л, ЛПВП-0,91±0,05 ммоль/л, ТАГ-1,26±0,12 ммоль/л, ИАГ-4,54±0,25 ммоль/л.

Заключение. У пациентов в возрасте до 25 лет страдающих ожирением или имеющими повышенную массу тела, наблюдается увеличение концентрации атерогенных фракций показателей липидного обмена по сравнению с лицами, имеющими нормальную массу тела, и, соответственно, увеличивает риск и скорость развития системного атеросклероза в дальнейшем.

148 СТЕПЕНЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАНАЛЬЦЕВОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЧЕК У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Копылов В. Ю., Копылов Ю. Н., Белова М. А.

ГБОУ ВПО "Оренбургская Государственная Медицинская Академия" Минздрава России, Оренбург, Россия

Ведущим фактором повреждающего действия липидов на почки является обусловленное гиперлипидемией отложение липидов в структурах почки. Особое значение придается отложению в почках липопротеидов низкой плотности и аполипротеинов В и Е. Так же как и пенистые клетки, основной причиной образования которых считается гиперхолестеринемия, депозиты аполипротеинов являются маркерами липоидоза почечной ткани. Структурное сходство мезангиальных клеток с гладкомышечными клетками артерий позволяет сблизить гломерулосклероз с атеросклерозом и предположить, что накопление липидов в почечной ткани, как и при атеросклерозе, индуцирует склерозирование.

Для оценки функционального состояния канальцевого аппарата почек может быть использовано определение фермента нейтральная мальтаза (α-глюкозидаза), который строго локализован в эпителиальных клетках извитых (проксимальных) канальцев и в петле Генле и фермента L-аланиламинопептидаза, который локализован в дистальном отделе извитых канальцев.

Цель. Изучение степени повреждения канальцевого аппарата почек у лиц с повышенной массой тела и ожирением.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 26 пациентов с повышенной массой тела и ожирением, средний индекс массы тела (ИМТ) которых составил 31,48±0,56. Контрольная группа — 29 практически здоровых лиц, у которых средний ИМТ — 21,36±0,41. Все участники исследования в возрасте до 25 лет. У всех обследуемых вычислялись показатели липидного спектра и активность органоспецифичных ферментов нейтральной мальтазы (α-глюкозидазы), и L-аланиламинопептидазы в часовой порции утренней мочи.

Результаты. В группе лиц с нормальным ИМТ: ОХС-4,59±0,15 ммоль/л, ЛПНП-3,21±0,18 ммоль/л, ЛПОНП-0,45±0,03 ммоль/л, ЛПВП-1,01±0,03 ммоль/л, ТАГ-0,99±0,06 ммоль/л, ИАГ-3,64±0,16 ммоль/л. У пациентов с повышенным ИМТ: ОХС-4,79±0,14 ммоль/л, ЛПНП-3,31±0,13 ммоль/л, ЛПОНП-0,57±0,05 ммоль/л, ЛПВП-0,91±0,05 ммоль/л, ТАГ-1,26±0,12 ммоль/л, ИАГ-4,54±0,25 ммоль/л.

В группе практически здоровых лиц активность исследуемых ферментов составила: нейтральной мальтазы (α-глюкозидазы) — 1,44±0,24 нкат/1 ммоль креатинина, L-аланиламинопептидазы — 0,57±0,14 нкат/1 ммоль креатинина. В группе лиц с повышенной массой тела и ожирением — активность нейтральной мальтазы (α-глюкозидазы) — 1,75±0,17 нкат/1 ммоль креатинина, активность L-аланиламинопептидазы — 1,18±0,21 нкат/1 ммоль креатинина.

Заключение. У пациентов в возрасте до 25 лет страдающих ожирением или имеющими повышенную массу тела, наблюдается увеличение активности обоих органоспецифичных почечных ферментов, по сравнению с лицами, у которых ИМТ в пределах нормы, что может говорить о повышенной деструкции эпителия почечных канальцев у обследуемых с повышенным ИМТ.

149 РАЗЛИЧИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Копылов В. Ю., Копылова Н. В.

ГБОУ ВПО "Оренбургская Государственная Медицинская Академия" Минздрава России, Оренбург, Россия

Известно, что почки вовлекаются в патологический процесс при многих широко распространенных заболеваниях. Относительно недавно по предложению National Kidney Foundation (США) был введен термин "хроническая болезнь почек" (ХБП). Наличие ХБП является прогностически неблагоприятным фактором не только за счет развития терминальной почечной недостаточности, но и в связи с высокой частотой сердечно-сосудистых осложнений (хроническая сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, мозговой инсульт).

Диагностическим тестом, позволяющим достаточно рано выявлять повреждение канальцевого аппарата почек, является повышение в моче активности ферментов, локализованных в плазматических мембранах, лизосомах или цитозоле клеток проксимальных канальцев. Для выявления поражения почек наибольший интерес может представлять фермент, имеющий исключительно почечное происхождение — нейтральная α-глюкозидаза (Н-α-гл). Изменение ее концентрации в моче непосредственно связано с высвобождением данного фермента из поврежденных клеток и коррелирует со степенью поражения почек. Почки являются также основным источником цитозольного фермента Л-аланинаминопетидазы (ЛАП). В нормальной моче активность ЛАП незначительна, однако при заболеваниях почек значительно возрастает.

В настоящее время среди причин терминальной почечной недостаточности одну из ведущих позиций занимает сахарный диабет (СД). При СД развивается нефропатия, которая довольно быстро приводит к хронической почечной недостаточности.

Цель. Оценить различия функционального состояния почечных канальцев у практически здоровых лиц и пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 16 пациентов с СД 2 типа, не имеющими клинических и лабораторных проявлений патологии почек, и 29 практически здоровых лиц. У всех обследуемых определялась активность органоспецифичных ферментов: нейтральной мальтазы (α-глюкозидазы) и L-аланиламинопептидазы в часовой порции утренней мочи.

Результаты. В группе практически здоровых лиц активность исследуемых ферментов составила: нейтральной мальтазы (α-глюкозидазы) — 1,44±0,24 нкат/1 ммоль креатинина, L-аланиламинопептидазы — 0,57±0,14 нкат/1 ммоль креатинина. В группе пациентов, страдающих СД 2 типа, активность нейтральной мальтазы (α-глюкозидазы) — 2,58±0,45 нкат/1 ммоль креатинина, активность L-аланиламинопептидазы — 2,39±0,58 нкат/1 ммоль креатинина.

Заключение. У пациентов страдающих сахарным диабетом 2 типа, наблюдается увеличение активности обоих органоспецифичных почечных ферментов, по сравнению с практически здоровыми лицами, что может говорить о наличии доклинического повреждения в виде повышенной десквамации эпителия почечных канальцев.

150 ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ — ЕСТЬ ЛИ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ?

Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Цель. Изучить анамнестические и клинические особенности пациентов семейной гиперхолестеринемией (СГХС) и преимущественным поражением церебральных артерий.

Материал и методы. Обследовано 75 больных СГХС, средний возраст-48,3±3,4. Диагноз устанавливали по критериям Simon Broom, у всех — достоверная СГХС. Выполнялись эхокардиография, триплексное сканирование сонных артерий (аппарат "Vivid-7"), анализ липидного спектра (ОХС — холе-

стерин, ЛПНП — липопротеиды низкой плотности, ЛПВП — липопротеиды высокой плотности, ТГ — триглицериды). У 13-ти человек (17,3%) выявлены мутации рецептора ЛПНП (рЛПНП) (с помощью автоматизированного флуоресцентного SSCP-анализа). Пациенты разделены на 2 подгруппы: 1) с проявлениями церебрального атеросклероза (ЦА) (45 человек, мужчин 15); 2) без проявлений ЦА (30 человек, мужчин 12). Статический анализ проводился с помощью критериев χ^2 и Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов СГХС с ЦА был достоверно выше (56±5,8 против 41,5±8,7 лет, $p < 0,05$). Достоверных различий по типу мутаций в анализируемых подгруппах выявлено не было. При сравнении показателей липидного спектра обнаружено снижение уровня ЛПВП у 8,8% пациентов СГХС с ЦА, в подгруппе пациентов без ЦА снижение ЛПВП ниже нормы не было. Уровень ТГ у пациентов с ЦА 2,1±0,1 ммоль/л, у пациентов без ЦА 1,7±0,1 ммоль/л ($p < 0,05$). Остальные показатели липидного обмена статистически не различались и составили: ОХС 10,2±0,8 и 9,3±0,2 ммоль/л; ЛПНП 6,97±0,5 и 6,6±0,04 ммоль/л, соответственно, по подгруппам. Не выявлено достоверных различий между группами по полу ($p = 0,5$). Количество курильщиков в группе пациентов со стенозирующим ЦА было выше: 24% по сравнению с 10% в группе без ЦА, различия не достоверны ($p = 0,11$). Количество пациентов с абдоминальным ожирением при стенозирующем ЦА 40%, у пациентов без ЦА 26,7%, различия не достоверны ($p = 0,23$). У пациентов СГХС с ЦА артериальная гипертензия (АГ) диагностирована в 88,8%, у пациентов без ЦА в 26,7% ($p < 0,05$). У пациентов с ЦА ИБС выявлена в 68,8%, у пациентов без ЦА — в 16,7% ($p < 0,05$). Среди форм ИБС наиболее часто встречался инфаркта миокарда: у пациентов на фоне ЦА — 35,5%, без ЦА — 6,7% ($p = 0,005$).

Заключение. У пациентов СГХС с преимущественным поражением церебральных артерий выявлены следующие особенности: достоверно чаще встречались АГ и ИБС, наиболее частой формой ИБС был инфаркт миокарда, нарушения липидного спектра характеризуются снижением ЛПВП и более высоким уровнем ТГ. Достоверных отличий по типу мутаций рЛПНП среди пациентов с различной локализацией атеросклероза выявлено не было.

151 ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Корнеева Е. В.

ГБОУ ВПО "Сургутский государственный университет ХМАО-Югры", Сургут, Россия

Цель. Оценить значение предикторов сердечно-сосудистого риска у молодых пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Проведено клиническое исследование 248 женщин и мужчин в возрасте 18–40 лет. Контрольная группа — 65 здоровых человек, из них 31 мужчина и 34 женщины (средний возраст 30,84±0,90 и 29,65±0,54 года). В I клиническую группу включили 46 женщин с МС без лечения (30,62±0,89 лет). Во II группу — 48 женщин с МС, принимавших лечение (31,23±0,85 лет). В III группу — 42 мужчины с МС без лечения (36,21±0,46 лет). В IV — 47 мужчин с МС, принимавших лечение (35,42±0,38 лет). Проведено исследование липидного, углеводного обмена, гормонального фона (инсулин, лептин, тестостерон, ФСГ), гомоцистеина, функциональное исследование (АД, СМАД), ультразвуковое исследование сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ), систолодиастолического соотношения (S/D), времени ускорения (АТ) и индекса ускорения (AI), характеризующих скорость распространения пульсовой волны кровотока (СРПВ). Для статистического анализа использовался пакет Statistica7 ($p < 0,05$).

Результаты. Значимыми факторами для развития МС были выделены нарушение пищевого поведения (у 85,1%), гиподинамия (у 40,7%), наследственная предрасположенность (ожирения у родителей — 74,9%, ССЗ — 83,1%, СД — 49,7%), наличие соматической патологии (у 88,5%). Предикторами ожирения у женщин явились гиперандрогения ($r = 0,72$, $p < 0,001$) и гипоэстрогенемия ($r = 0,57$, $p < 0,001$), в отличие от мужчин, у которых со снижением уровня тестостерона (на 38,7%) прогрессировало увеличение ОТ ($r = -0,79$, $p < 0,001$). Уровень лептина в сыворотке крови и лептинорезистентность у женщин был выше на 14,1% и 36,4%, чем у мужчин. У женщин в связи с увеличением свободного тестостерона в крови связано повышение уровня ТГ ($r = 0,77$, $p < 0,001$) и снижением ХС ЛПВП ($r = -0,74$, $p < 0,001$), в отличие от мужчин, у которых сниженный уровень тестостерона способствовал повышению общего ХС ($r = 0,59$, $p < 0,001$), ХС ЛПНП ($r = ,073$, $p < 0,001$). Среди пациентов преобладали нон-дипперы (58,4%). Были отмечены повышение САД и ДАД, недостаточное снижение САД в ночное время, повышение индекса времени в дневные и ночные часы по САД и ДАД. Выявлены параметры, характеризующие ранние нарушения эластических свойств стенки сосудов: тенденция повышения СРПВ по аорте у женщин на 55,6% и у мужчин на 64,5% при снижении ПАД и достоверное снижение S/D сонной артерии у женщин на 14,6% и у мужчин на 15,5% при развитии гипергомоцистеинемии у 60,1% клинических групп ($r = 0,72$; $r = 0,68$; $r = 0,70$; $r = 0,73$, $p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, учитывая многогранность развития МС и высокий риск сердечно-сосудистых осложнений для молодых людей важно оценивать относительный риск путем суммирования всех факторов, что поможет проведению эффективных мероприятий по изменению образа жизни, не дожидаясь манифестации МС.

152 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Королёва Е. В., Кратнов А. Е., Тимганова Е. В., Лимонова О. А., Назарова Е. А.

ГБОУ ВПО "Ярославская государственная медицинская академия", Ярославль, Россия

Цель. Изучение развития диастолической дисфункции и ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД) в зависимости от контроля гликемии, наличия артериальной гипертензии и диабетической невропатии.

Материал и методы. Обследовано 133 пациента в возрасте от 26 до 66 лет с СД. Критерием исключения из исследования было наличие ишемической болезни сердца, для диагностики которой выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. У 75 (56,4%) пациентов с СД выявлялась артериальная гипертензия (АГ). В качестве критерия компенсации углеводного обмена у больных СД использовался показатель гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}). Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Philips "En Visor C". Диастолическая дисфункция диагностировалась согласно критериям рабочей группы Европейского общества кардиологов в зависимости от возраста пациентов. Выделялись три типа нарушений наполнения ЛЖ: с замедленной релаксацией, псевдонормальный и рестриктивный, которые соответствуют незначительной, умеренной и тяжелой степени диастолической дисфункции. С целью диагностики ремоделирования ЛЖ определялись масса миокарда, индекс массы миокарда, индекс относительной толщины стенок. Для оценки геометрической модели ЛЖ использовалась классификация G. Ganau и соавт. Диагностика диабетической невропатии осуществлялась на аппарате Нейро-ЭМГ-Микро.

Результаты. Выявлено, что 61 (45,9%) больной СД имел уровень $HbA_{1c} \leq 6,5\%$, 12 (9%) — $HbA_{1c} > 6,5\%$, 60 (45,1%) пациентов — $HbA_{1c} > 7,5\%$. У пациентов с СД без АГ и уровнем $HbA_{1c} > 7,5\%$, по сравнению с компенсированными больными без гипертензии, достоверно чаще выявлялась диастолическая дисфункция ЛЖ (40%>11,1%; $p = 0,03$), а также наблюдалась более тяжелая её степень (псевдонормальный тип). Выявлен-

ные изменения при декомпенсации СД сопровождались увеличением случаев появления концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ: у пациентов с уровнем HbA_{1c}>6,5% (100%>11,1%; p = 0,04) и уровнем HbA_{1c}>7,5% (30%>11,1%). Рост случаев развития диастолической дисфункции и структурного ремоделирования миокарда ЛЖ у больных СД с наличием АГ при декомпенсации диабета был менее очевиден за счет вклада гипертензии в их развитие. При наличии уровня HbA_{1c}>7,5% у данных пациентов, по сравнению с компенсированными больными с АГ, чаще выявлялся псевдонормальный тип диастолической дисфункции (14,3%>6,7%) и концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ (47,4%>31,6%). У больных СД с уровнем HbA_{1c}>7,5%, как без АГ (28,6%>0%; p=0,03), так и при ее наличии (16% > 0%; p=0,04), достоверно чаще диагностировалась демиелинизирующя невропатия.

Заключение. Отсутствие компенсации углеводного обмена у больных СД, сопровождающееся развитием демиелинизирующей невропатии, ассоциируется с более выраженным ремоделированием сердца независимо от наличия артериальной гипертензии.

153 ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНАТОМИИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ИБС

Корягина Н. А., Василец Л. М., Туев А. В., Петрищева А. В.
ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь; ООО Клиника женского здоровья, Пермь, Россия

Цель. У женщин в пре- и постменопаузе с ишемической болезнью сердца (ИБС) оценить показатели жесткости периферических сосудов эластичного типа.

Материал и методы. 237 женщин составили основную группу. Средний возраст их был 51,5 ± 5,4 лет (диапазон от 38 до 64 лет). Мы при условии наличия МЦ все респонденты были разделены на две группы (группа 1 — пременопауза, группа 2-постменопауза). Состояние сосудистой стенки оценивали на ультразвуковом аппарате “Logiq E9”, США, на базе частной медицинской клиники ООО “Клиника женского здоровья”. Статистическая и обработка результатов проводилась с помощью Statistica 8.0.

Результаты. Изучили структурные и функциональные свойства общей сонной артерии (ОСА) у женщин с ИБС, а также отдельная подгруппа было выделена в сочетании с АГ. Толщина комплекса интимы медиа (ТКИМ) в качестве индикатора сосудистой субэндотелиального толщины слоя интима и / или мышечного слоя может быть ранним маркером атеросклероза. Исследование показало, ранние изменения в стенках кровеносных сосудов, такие как утолщение, и наиболее выраженные изменения ОСА, характеры для пациентов с артериальной гипертензией и ИБС в сочетании. Установлено, что у женщин с ИБС в постменопаузе имеется снижение упругих свойств ОСА по сравнению с женщин до менопаузы. Это нашло отражение в снижении упругости стенки артерии, а именно коэффициента упругости от 44,7% у пациентов с ИБС (p <0,01) и 60,3% с наличием гипертонии (p <0,01). В то же время, жесткость повышалась при ИБС с гипертонией 28,4% (p <0,05) по сравнению с пациентами с ишемической болезнью сердца без гипертонии 42,3% (p<0,01), то есть изменения ОСА растет с увеличением сердечно-сосудистых факторов риска, таких как гипертония. Уменьшение упругих свойств ОСА выражается как увеличение модуля упругости Петерсона у женщин с ИБС в постменопаузе на 57,6%, так и в изменении модуля эластичности Юнга — на 64,7% (p <0,01), что указывает на увеличение эластичности артериального стенки независимо от увеличением толщины. Таким образом, модуль Петерсона ОСА при гипертонии с ишемической болезнью сердца достигал 182,8±3,18 кПа, он увеличился на 84,3% (p <0,01), модуль Юнга ОСА был 1374,23±15,6 кПа.

Заключение. Таким образом, у женщин с ИБС в постменопаузе определены структурные и функциональные изменения в сосудистых стенках артерий эластичного типа, в основном за счет увеличения толщины соединительной оболочки при отсутствии изменений в интиме медии и диаметре просвета. Ремоделирования сосудов этого типа также более выражено у женщин с ИБС в постменопаузе. Артериальная жесткость была значительно увеличена в группе пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, о чем свидетельствует увеличение обоих модулей жесткости.

154 ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ТРОМБОДИНАМИКА КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Кремлёва Ю. М., Гарганчук Е. Н., Воробьева Н. А.
Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель. Оценка возможности использования метода пространственной динамики роста фибринового сгустка в условиях in-vitro, близких к условиям свертывания крови in-vivo, у пациентов с мультифокальным атеротросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий на фоне проводимой антикоагулянтной терапии.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе лаборатории гемостаза и атеротромбоза ГБУЗ Архангельской области “Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич” и Северного филиала ГНЦ МЗ РФ. В исследование включено 24 пациента со средним возрастом 64 года, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии с диагнозом мультифокального атеротромбоза брахиоцефальных артерий. Протокол исследования одобрен Этическим комитетом СГМУ (протокол № 3 от 17.04.2013 г).

Результаты. По данным метода пространственной динамики роста фибринового сгустка у 8% пациентов в ранний послеоперационный период наблюдалось состояние гиперкоагуляции, из них у 4% выявлено образование спонтанных сгустков в плазме, что указывает на наличие в ней прокоагулянтных факторов и риск возникновения рестенозов и инсультов, несмотря на проведенную антикоагулянтную терапию, только у 54% пациентов были достигнуты целевые уровни гипокоагуляции, что свидетельствует о недостаточном режиме проведения антикоагулянтной терапии в раннем послеоперационном периоде. У 4% пациентов были отмечены послеоперационные осложнения в виде гематомы в области послеоперационной раны, что коррелировало с состоянием гипокоагуляции по тесту “Тромбодинамики”.

Заключение. Исходя из наших результатов исследования следует, что регистратор “Тромбодинамики” обладает чувствительностью как к гипо-, так и к гиперкоагуляционным состояниям системы гемостаза. Таким образом, метод пространственной визуализации роста на приборе “Тромбоимиджер” может применяться наравне с общепринятыми методиками определения состояния свертывающей системы у пациентов в интра- и послеоперационном периодах.

155 ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО ХОДА СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Крюков Н. Н., Милевская И. В., Курпита А. Ю.
ГБОУ ВПО “СамГМУ” Минздрава РФ, Самара, Россия

Цель. Изучить особенности показателей кровотока внутренней сонной артерии (ВСА), позвоночной артерии (ПА) методом дуплексного сканирования сосудов брахиоцефального ствола (ДС БЦС) у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 90 человек, находившихся на лечении в ДКБ на ст. Самара с 01.12.2013 по 12.12. 2013 г., в возрасте от 19 до 50 лет. 1-ю группу (11 чел) составили пациенты с 1 степенью (ст.) АГ, 2-ю- (31 чел) и 3-ю (28 чел)

группы — со 2 ст. и 3 ст. АГ, соответственно. В контрольную (контр.) группу включили 28 обследуемых, не страдающих АГ. Всем пациентам выполнялись исследования: ДС БЦС, ЭхоКГ, СМАД, определялись биохимические показатели, характеризующие липидный обмен.

Результаты. По данным ДС БЦСу 21% пациентов 1-й, 29% пациентов 2-й, у 61% 3-ей и у 16% пациентов контр. группы наблюдается С — образная извитость ВСА. Средняя пиковая систолическая скорость кровотока (Vps) и скорость кровотока в месте извитости, соответственно: в 1-й группе — 0,62 м/с и 0,86 м/с; во 2-й группе — 0,50 м/с и 0, 88 м/с; в 3-ей группе — 0,54 м/с и 0,90 м/с; в контр. группе — 0,66 м/с и 0, 81 м/с. У 32% пациентов 1-й группы, у 38% больных 2-й группы, у 71% обследуемых 3-ей группы и у 29% контр. группы регистрируется патологическая С–образная извитость ПА между поперечными отростками шейных позвонков, при этом среди пациентов 3-ей группы наблюдалась также S — образная извитость у 11% лиц. Средняя Vps и скорость кровотока в месте извитости: в 1-й группе — 0, 61 м/с и 0,86 м/с; во второй группе 0,65 м/с и 0,84 м/с, соответственно; в третьей группе — 0,57 м/с и 0,88 м/с, соответственно; в контр. группе — 0,59 м/с и 0,85 м/с, соответственно.

Заключение. У пациентов с увеличением степени АГ увеличивается количество больных с патологической извитостью ВСА и ПА. Изменения показателей кровотока в ВСА и ПА отмечаются и у больных АГ с нормальным уровнем холестерина сыворотки крови, что свидетельствует о возможной роли патологической извитости в формировании АГ.

156 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Крючкова О. Н., Костюкова Е. А., Лебедь Е. И. Ицкова Е. А., Мудрицкая Т. Н., Турна Э. Ю.

ГУ “КГМУ имени С. И. Георгиевского”, Симферополь, Республика Крым

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), является часто встречающейся клинической проблемой. Выбор антигипертензивных препаратов и их комбинации во многом обусловлен возможным действием на течение и проявления ХОБЛ.

Цель. Изучить эффективность комбинации периндоприла и амлодипина на достижение целевых цифр артериального давления (АД) у больных с ХОБЛ.

Материал и методы. Обследовано 28 пациентов ХОБЛ II-III, в сочетании с артериальной гипертензией II стадии, 2 степени. Средний возраст больных составил — 51,42±1,45 лет. У всех пациентов в исходном состоянии и через 30 дней изучали спирографические показатели (на аппарате Спироком) и показатели суточного мониторирования АД (СМАД) (на аппарате АВРМ LABTECH). Все пациенты, до включения в исследование, получали или монотерапию препаратами различных антигипертензивных групп или комбинацию ингибитора ангиотензинпревращающего фактора и диуретика, но целевые уровни АД достигнуты не были. В исследовании использовалась антигипертензивная комбинация, содержащая амлодипина 5 мг и периндоприла 5 мг, которая в рекомендациях Европейской ассоциации кардиологов (ESC) 2013 относится к категории рациональных.

Результаты. Через 30 дней у подавляющего количества пациентов (86%) были достигнуты целевые уровни АД. Пациентам, не достигшим целевых уровней АД была увеличена доза амлодипина до 10 мг, с последующим контролем уровня АД через 2 недели. Целевой уровень АД достигнут в 92% случаев. Побочных эффектов в процессе терапии зарегистрировано не было. Под влиянием терапии произошло статистически значимое снижение как среднесуточных показателей систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), так и показателей АД в дневной и ночной период. При анализе суточного профиля АД до терапии преобладали пациенты с повышением или отсутствием снижения АД в ночном периоде (night-peaker — 32%, non-dipper — 51%, dipper — 18%), что связано с усугублением бронхиальной обструкции в ночные часы с активацией нейрогуморальных систем (симпатико-адреналовой и РААС) и повышением АД. В процессе терапии снизился процент пациентов с патологическим суточным ритмом (night-peaker — до 22%, non-dipper — до 36%), и соответственно, увеличилось количество пациентов с физиологическим ночным снижением АД (dipper до 42%).

Заключение. Применение комбинации периндоприла и амлодипина у больных АГ в сочетании с ХОБЛ позволило достигнуть целевых уровней АД у большинства пациентов и сопровождалось положительной динамикой показателей СМАД.

157 СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю.

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, Симферополь, Республика Крым

Артериальная гипертензия (АГ), сочетающаяся с состоянием инсулинорезистентности тканей способствует раннему развитию и прогрессированию 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.

Материал 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-1β, ИЛ-6, ФНО-α) и противовоспалительного ИЛ-4. Концентрацию интерлейкинов в ротовой жидкости и сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител.

Результаты. Уровень ИЛ-1β в сыворотке крови больных основной группы (25,77±4,26 пкг/мл) в 2 раза превышал уровень ИЛ-1β в группе контроля (12,69 ± 1,24 пкг/мл, $p<0,05$). Содержание ИЛ-6 в основной группе (57,14±3,2 пкг/мл) было в 1,8 раза выше, чем в контрольной группе (30,61±4,77 пкг/мл, $p<0,05$); ФНО-α (31,09±1,81 пкг/мл) в 1,7 раза выше, по сравнению с практически здоровыми лицами (17,57±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±0,31 пкг/мл) был в 2,4 раза ниже, чем у лиц группы контроля (21,9±0,89 пкг/мл, $p<0,05$).

Заключение. Сочетание артериальной гипертензии и метаболического синдрома ассоциируется с активацией системного воспаления, сопровождающегося изменением соотношения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови.

158 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПИТАВАСТАТИНА ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю.

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, Симферополь, Республика Крым

Одним из важнейших направлений первичной и особенно вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является современная медикаментозная терапия дислипидемий с использованием статинов. В тоже время, накопленный за последние десятилетия научный и клинический опыт показал недостаточный эффект представителей первых поколений на различные варианты дислипидемий и вероятность побочных эффектов.

Цель. Оценить в реальной клинической практике эффективность и безопасность представителя последнего поколения статинов — питавастатина.

Материал и методы. В исследование было включено 32 больных (13 женщин и 19 мужчин в возрасте от 49 до 70 лет) ИБС в сочетании с АГ с исходным уровнем ХС ЛПНП более 1,8 ммоль/л. 11 больных до включения в исследование терапию статинами не получали, у остальных применялись статины предшествующих поколений. В исследовании был использован питавастатин (Ливазо, RECORDATI) в дозе 2 мг в сутки. Исходно и через 30 дней исследовались уровни общего холестерина (ХС), ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), трансаминаз (АЛТ, АСТ).

Результаты. У всех пациентов через 30 дней отмечалось достоверное снижение среднего показателей ХС и ХС ЛПНП (до лечения ХС 6,2 ммоль/л, ХСЛПНП 2,9 ммоль/л; через 30 дней ХС 5,3 ммоль/л, ХС ЛПНП 2,1 ммоль/л ($p<0,05$)). Через 30 дней целевого уровня ХС ЛПНП достигли 17 (53,12%) пациентов. Замена статинов предшествующих поколений питавастатином способствовала достижению целевого уровня ХС ЛПНП у 12 (57,14%) больных. Через 30 дней незначительное возрастание уровня АЛТ (менее чем в 1,5 раза) наблюдалось только у 2 (6,25%) пациентов. Показатели глюкозы сыворотки крови и HbA_{1c} на фоне лечения достоверно не изменились, отмечалась тенденция к снижению среднего показателя HbA_{1c} (до лечения HbA_{1c} составлял 6,23%, после лечения- 6,18%).

Заключение. Применение питавастатина позволило достигнуть целевого уровня ХС ЛПНП у большинства пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. Не установлено отрицательного влияния на уровень печеночных ферментов и обмен глюкозы. Наблюдалась тенденция снижения гликозилированного гемоглобина.

159 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ РИТМОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кудинова Е. В., Васильева Л. В.

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н. Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

Цель. Изучить особенности вегетативного статуса у больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 75 больных (женщины) в возрасте от 60 до 80 лет с установленным диагнозом РА и ГБ стадия II, степень АГ 2–3, риск ССО 2–3, согласно МКБ 10. Также были обследованы 30 здоровых лиц для определения нормальных значений ВРС. Обследование проводилось на 1–3 день нахождения в стационаре. Проводилось исследование вегетативного статуса по стандартизованному вопроснику А. М. Вейна (2003).

Методы объективной оценки вегетативного статуса включали: математический анализ ВСР, анализ спектральных показателей и вегетативной реактивности с помощью активной ортопробы.

Результаты. В исследуемой группе у 88% (n=66) опрошенных сумма набранных баллов по опроснику А. М. Вейна превышала 15, что свидетельствует о наличие СВД. У здоровых лиц (n=30) общая сумма баллов, не превышала 15, что свидетельствует о нормальном функционировании ВНС.

При исследовании параметров ВСР 68% пациентов (n=51) был выявлен повышенный тонус симпатического отдела ВНС, 8% (n=6) нормотоники, в то время как среди здоровых лиц в 70% случаев встречались нормотоники, у 10% был обнаружен повышенный тонус симпатического отдела ($p<0,05$). Частота преобладания ваготонических влияний составила 24% и 20%, соответственно.

Анализ вегетативного статуса показал, что среди обследованных пациентов преобладают лица (68%) с повышенным тонусом симпатического отдела ВНС. Повышение активности симпатического тонуса подтверждают снижение: RMSSD (на 42%), SDNN (на 56,5%), TP (на 54%), HF% (на 36%), LF% (на 2%) и повышение: AMo (на 34%), SI (на 84%), VLF% (на 43%). У больных с РА и АГ также было отмечено смещение симпатико-парасимпатического баланса в сторону симпатического отдела ВНС, величина LF/HF была выше по сравнению с группой практически здоровых лиц в среднем на 55%. Таким образом, у пациентов с РА и АГ отмечено значительное преобладание тонуса симпатического отдела ВНС.

Среди практически здоровых лиц (n=30) по данным активной ортостатической пробы нормальная вегетативная реактивность зарегистрирована у 93% человек (n=28), а у лиц с РА и ГБ стадии II, степень АГ 2–3, риск ССО 2–3 (n=75) лишь в 15% (n=11) ($p<0,01$). Среди больных снижение вегетативной реактивности обнаружено у 85% пациентов (n=64).

Заключение. В результате проведённого исследования было установлено, что у больных РА и ГБ стадии II, степень АГ 2–3, риск ССО 2–3 преобладают гуморально-метаболические и центральные влияния на сердечный ритм, что указывает на состояние большого функционального напряжения и мобилизации значительных резервов сердечно — сосудистой системы для обеспечения адаптационных возможностей организма.

160 РИСК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АОРТЫ У РАБОТНИКОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБЛУЧЕНИЮ

Кузнецова К. В., Банникова М. В., Азизова Т. В.

ФГУП Южно-Уральский институт биофизики ФМБА, Озерск, Челябинская обл., Россия

Цель. Оценить влияние радиационных и нерадиационных факторов на риск заболеваемости атеросклерозом аорты (АА) в когорте работников, подвергшихся профессиональному пролонгированному облучению.

Материал и методы. Изучаемой когортой являлась когорта работников предприятия атомной промышленности ПО “Маяк” (12210 человек), впервые нанятых на один из основных заводов (реакторный, радиохимический и плутониевый) в период с 1948 по 1958гг и наблюдавшихся до 31.12.2008 г. По состоянию на конец 2008 г. в изучаемой когорте было зарегистрировано 1386 случаев АА (1090 у мужчин и 296 у женщин). В изучаемой когорте был оценен относительный риск (ОР) и избыточный относительный риск на единицу дозы (ИОР/Гр) заболеваемости АА, используя модуль “AMFIT” программы “EPICURE”.

Результаты. Показано, что риск заболеваемости АА статистически значимо зависел от пола, возраста, наличия зарегистрированной артериальной гипертензии (АГ) на предварительном медицинском осмотре, курения (у мужчин) и не зависел от употребления алкоголя и индекса массы тела как у мужчин, так и у женщин. Показан повышенный ОР заболеваемости АА у работников, подвергшихся внешнему гамма-облучению в суммарной дозе >0,5 Гр и/или у работников, подвергшихся внутреннему альфа-облучению в суммарной погло-

щенной дозе в печени 0,025–0,1 или >0,1 Гр по сравнению с работниками, у которых поглощенная доза в печени была менее 0,01 Гр. Установлена статистически значимая тенденция к увеличению риска заболеваемости АА с увеличением суммарной дозы внешнего гамма-облучения; ИОР/Гр составил — 0,324 (95% ДИ: 0,193, 0,490). Показана также статистически значимая зависимость риска заболеваемости АА в субкогорте, ограниченной работниками, подвергшимися внутреннему облучению в суммарной дозе <1 Гр, от суммарной поглощенной дозы внутреннего альфа-облучения в печени; ИОР/Гр составил 0,677 (95% ДИ: 0.409, 1.027).

Заключение. Риск заболеваемости АА в когорте работников, подвергшихся профессиональному пролонгированному облучению, зависел как от нерадиационных (пол, возраст, курение, АГ), так и радиационных факторов (внешнее гамма-облучение и внутреннее альфа-облучение).

161 ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА ЭНАПА НА СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АОРТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кулик Н. А., Рубанова М. П., Вебер В. Р., Губская П. М., Жмайлова С. В., Белозеров В. К., Горицына В. Е., Сухенко И. А.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель. Исследовать возможности протективного действия энапа на структурное ремоделирование стенки аорты крыс линии Вистар при экспериментальном моделировании хронического адренергического стресса.

Материал и методы. При моделировании хронического адренергического стресса (АС) 20 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально вводился адреналин в дозе 50 мкг/кг, во II серии — модель хронического АС с коррекцией энапом — 20 крысам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводился адреналин в дозе 50 мкг/кг и энап 20 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов и через 1 месяц после отмены препаратов, под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Контрольную группу составили 20 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессорным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов брюшного отдела аорты, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г. Г. Автандилова (1990) в 9 полях зрения в медии аорты у каждой крысы во всех сериях эксперимента. Производился подсчет в объемных процентах (об.%) объема внеклеточного пространства (ВКП). Инструментом “Линейка” графического редактора Adobe Photoshop CS3 измерялась суммарная толщина субэндотелиального слоя и внутренней эластической мембраны аорты (СЭ-ВЭМ). При статистической обработке полученных данных из методов непараметрической статистики использовался метод сравнения данных по медиане (M±Sd) — критерий Фридмана с коэффициентом конкордации Кэндалла.

Результаты. При анализе динамики объема ВКП после двухнедельного совместном введении адреналина и энапа был получен парадоксальный результат — наблюдался достоверный рост объема ВКП в медии аорты (M=28,67±11,05 об.%) как по сравнению с контрольной серией (M=11,66±6,34 об.%, χ^2=23,148; p<0,00001), так и по сравнению со значениями объема ВКП через 2 недели введения адреналина (M=22,53±6,86 об.%, χ^2=6,259; p<0,012). Таким образом, при одновременном введение адреналина и энапа в аорте значительно увеличился объем ВКП как по сравнению с контрольной серией (в 1,5 раза), так и по сравнению со значениями ВКП при моделировании хронического адренергического стресса (в 1,3 раза).

Интересно отметить, что при введении энапа при хроническом АС увеличивалась также толщина СЭ-ВЭМ (M=5,97±0,63 мкм), по сравнению с изолированным введение адреналина (M=5,04±0,58мкм, χ^2=4,167, p<0,04), видимо за счет отека ВЭМ.

Заключение. Результаты исследования позволяют предполагать, что введение энапа при хроническом адренергическом стрессе усиливает структурные изменения в аорте. Таким образом, протективного эффекта энапа при хроническом адренергическом стрессе на ремоделирование внеклеточных пространств в аорте не выявлено. Напротив, под влиянием энапа ремоделирование ВКП стенки аорты усиливается.

162 СВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В КРОВИ С РАННИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Курлянская Е. К., Трофимова Т. А., Денисевич Т. Л., Русских И. И.

РНПЦ “Кардиология”, Минск, Беларусь

Повышенные уровни гомоцистеина (ГЦ) в плазме крови оказывают токсическое действие на эндотелий сосудов, активируют процессы пролиферации гладкомышечных клеток в стенке сосудов.

Цель. Оценить связь содержания ГЦ в крови с поражением коронарных сосудов (КА) у пациентов после ортотопической трансплантации сердца (ОТС).

Материал и методы. В исследование включено 27 пациентов после ОТС, которым в сроке 24±6 месяцев после ОТС выполнялись следующие исследования: коронароангиография (КАГ), внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) коронарных сосудов, концентрация ГЦ в крови.

Количественные данные представлены в виде медианы и квартильного интервала (Me (LQ-UQ)). Корреляционный анализ изучаемых показателей выполнялся с помощью метода ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. При проведении КАГ у пациентов не выявлено признаков стенозирования КА. Однако обнаружены изменения КА различной степени по данным ВСУЗИ. Полученные нами результаты ВСУЗИ были подвергнуты кластеризации. По итогам кластерного анализа оптимальным группирующим признаком явилось сочетание 2-х показателей: максимальная площадь пораженной стенки сосуда (Sпсс) и максимальная степень стеноза по площади (maxСтеноз (S)). В группу (кластер) 1 вошло 63% пациента со значениями Sпсс от 10,1 до 56,7 мм^2 и maxСтеноз (S) от 26 до 49,7%. В группе (кластере) 2 (37% пациентов) значения Sпсс варьировали от 60,2 до 185,6 мм^2, maxСтеноз (S) -от 36,5 до 68,1%. Концентрация ГЦ в группе 1 составила 12,44 (9,56–13,47) мкмоль/л, в группе 2–9,94 (9,62–10,49) мкмоль/л. Не выявлено статистически значимых межгрупповых различий по содержанию ГЦ (p=0,113).

Несмотря на то, что у 87.5% пациентов после ОТС уровни ГЦ находились в диапазоне референтных значений (6,3–11,4 мкмоль/л), в группе 2 выявлена достоверная корреляционная связь средней силы концентрации ГЦ и Sпсс (rs =0,73, p=0,025). При менее значимом поражении КА (группа 1) корреляционной связи содержания ГЦ с показателями ВСУЗИ не выявлено.

Заключение. В ранние сроки после ОТС (24 ±6 месяцев) у пациентов с отсутствием ангиографических признаков стенозирования КА в 37% случаев выявляется значимое поражение КА при выполнении ВСУЗИ. Степень поражения КА у данной категории пациентов ассоциирована с более высоким содержанием ГЦ в крови.

163 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Курышева М. А., Канева Н. Ю., Репина С. С., Селин А. В., Требунский К. С.

ГКБ № 33, ГКБ № 30, Нижний Новгород, Россия

В настоящее время пристальное внимание исследователей и практикующих врачей обращено к проблеме метаболического синдрома (МС). Распространенность МС колеблется от 14 до 25%. При наличии МС смертность выше в 4 раза, а при сочетании МС и сердечно-сосудистых заболеваний — в 5,5 раза

в сравнении с лицами без МС. Множественная патология, разнообразие сочетания тех или иных клинических вариантов МС создают определенные трудности, как в диагностике ассоциированных заболеваний, так и в подборе лекарственных препаратов.

Цель. Изучить распространенность и коморбидность МС и его клинических вариантов в терапевтическом стационаре.

Материал и методы. Методом случайной выборки проведен анализ 3000 историй болезни больных, выписанных из терапевтического стационара за период с 2011 по 2013 гг. Изучаемые параметры включали: наличие основных критериев метаболического синдрома (по IDF, 2005).

Результаты. Распространенность МС среди больных терапевтического стационара составила 1537 человек (51,2%), среди них мужчин 696 (45,3%), женщин 841 (54,7%). Встречаемость МС в возрасте 18–44 лет — 7,5%, 45–60 лет — 33,6%, старше 60 лет — 905 человек (58,9%).

По преобладанию поражения органов-мишеней были выделены шесть клинических вариантов МС. Клинические варианты МС: гипертонический — 1169 человек (76,1%), дислипидемический — 1133 (73,7%), коронарный — 899 человек (58,5%), диабетический — 243 человека (15,8%), печеночный — 644 человека (39,6%), желчекаменный — 237 человек (15,4%).

Изучены коморбидные состояния МС. Достоверно чаще выявлена причинная коморбидность, связанная с инсулинорезистентностью — абдоминальное ожирение у всех больных МС, артериальная гипертензия у 1169 больных (76,1%), дислипидемия — у 1133 больных (73,7%), ИБС у 899 больных (58,5%), НАЖБП у 644 человека (41,9%), сахарный диабет у 443 больных (28,8%). Среди других заболеваний чаще была выявлена хроническая обструктивная болезнь легких у 239 больных (15,5%), патология органов пищеварения: хронический панкреатит у 530 больных (34,5%), язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки у 129 больных (8,4%) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у 113 пациентов (7,3%).

Заключение. Распространенность МС в терапевтическом стационаре составила 51,2%, наиболее часто МС встречается в возрасте старше 60 лет — 58,9%. Достоверно чаще встречается причинная коморбидность МС с компонентами АГ, дислипидемии, ИБС, НАЖБ и хронический панкреатит. МС — потенциально обратимое состояние, и при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных его проявлений, предотвращая тем самым развитие сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

164 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лахин Д. И., Васильева Л. В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель. Оценить распространенность метаболического синдрома среди пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. 1500 больных артериальной гипертензией находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Городской больницы № 3 г.Липецка в 2013 г. Диагноз метаболического синдрома формулировался на основании критериев международной федерации диабета 2005 г. У больных определяли показатели липидного спектра крови: общий холестерин, липопротеиды высокой и низкой плотности, триглицериды, уровень гликемии, антропометрические данные: окружность талии, вес, рост, индекс массы тела, производили измерение АД.

Результаты. Среди обследуемых больных превышение уровня общего холестерина обнаружено у 1410 больных (94%), уровень липопротеидов низкой плотности превышен у 1380 пациентов (92%), липопротеиды высокой плотности понижены у 1290 пациентов (86%), уровень триглицеридов повышен в 1275 случаях (85%), уровень гликемии натощак повышен у 690 пациентов (46%), пороговые значения окружности талии превышены в 1230 случаях (82%), ИМТ увеличен в 1200 случаях (80%), повышение АД регистрировалось у 1395 больных (93%). Таким образом среди пациентов с ишемической болезнью сердца метаболический синдром был выявлен у 1170 пациентов (78%).

Заключение. Распространенность метаболического синдрома в популяции больных ишемической болезнью велика и достигает 78%, что диктует необходимость подбора комплексного лечения данной категории больных.

165 АДИПОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ КАК ВАЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Лебедева Е. Н.

ГБОУ ВПО “Оренбургская государственная медицинская академия”, Оренбург, Россия

Метаболический синдром (МС) представляет собой состояние высокого риска развития ССЗ. Распространенность его среди населения растет по мере увеличения числа лиц с избыточным весом и ожирением. Общепризнано, что в основе МС лежит инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия (ГИ). ИР полигенна и в ее развитии могут иметь значение различные факторы, в том числе и ожирение. По мере увеличения индекса массы тела (ИМТ) повышается распространенность инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. С открытием эндокринной функции жировой ткани появились данные, позволяющие предположить, что развитие и прогрессирование инсулинорезистентности и ее различных проявлений может быть следствием дисбаланса адипокинов. Накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют, что адипокины играют разностороннюю роль в регуляции метаболизма, от приема пищи до утилизации нутриентов на молекулярном уровне. Одним из критериев диагностики МС может стать сывороточный профиль белков, синтезируемых и секретируемых жировой тканью — адипокинов.

Цель. Определение основных адипокинов — лептина и адипонектина в сыворотке крови — при развитии нарушений липидного обмена у лиц с наличием факторов риска (ФР) сердечнососудистой патологии или метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование были включены 24 пациентки клиники адаптационной терапии ОрГМА в возрасте 35–55 лет, у которых определяли основные антропометрические данные, на основе которых рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), как отношение веса тела в кг к квадрату роста в м. Определение содержания триацилглицеринов (ТАГ), общего холестерина (ХС), ХС ЛПВП проводили на биохимическом анализаторе Cobas integra-400plus (Швейцария — Германия), далее рассчитывали уровни ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП, индекс атерогенности (Климов А. Н.,1977). Содержание в сыворотке крови инсулина, лептина определяли иммуноферментным методом с помощью наборов DRG Diagnostics (США), адипонектина — “Bio Vendor” (Cheshia).

Результаты. Для диагностики МС определяли наличие у пациента центрального ожирения и как минимум двух дополнительных критериев. У лиц с МС отмечены снижение уровня адипонектина, ХС ЛПВП на фоне увеличения ИМТ, уровня лептина, индекса атерогенности (ИА) и отношения лептин/адипонектин (Л/А). При этом уровень ХС в крови в 42% случаев оставался в пределах нормы. Отмечена высокая степень корреляции между ИМТ, уровнем лептина и ИА. Отношение Л/А увеличивается пропорционально ИМТ и коррелирует с уровнем ТГ.

Заключение. Таким образом, нарушения гормональной функции жировой ткани играют важную роль в развитии инсулинорезистентности и метаболического синдрома. Следовательно, определение адипокинов в крови у лиц с наличием ФР сердечнососудистой патологии является высокоинформативным тестом, позволяющим оценить не только атерогенные изменения, но и нарушения гормональной функции жировой ткани.

166 ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛЕПТИНА, РЕЗИСТИНА, АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Лебедев П. А., Матееску К. А., Малкова О. О., Щербакова Н. Ф.
ГБОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, Самара

Метаболический синдром — предиабетическое состояние, характеризующееся абдоминальным ожирением и инсулинорезистентностью, в настоящее время рассматривается также как провоспалительное состояние и часто связано с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), включая острый инфаркт миокарда (ОИМ). Течение ОИМ и процессов постинфарктного ремоделирования находятся в фокусе пристального внимания кардиологов всего мира. Известно, что мероприятия, направленные на коррекцию компонентов МС имеют хорошо доказанный эффект на выживаемость и качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда.

Гормональная активность жировой ткани, связанная с продукцией адипокинов, способна промотировать механизмы атерогенеза: воспаление, тромбогенность, а также влиять на ремоделирование миокарда и сосудов путем активации факторов роста, воздействуя на активность симпатической нервнойсистемы. Изучение активности лептина, резистина и адипонектина предпринималось в основном у пациентов с хроническими формами ИБС, и мало изучена при ОИМ. Известно двухкратное увеличение уровня лептина в течение двух первых дней ОИМ, соответственно степени увеличения уровня креатинкиназы, интерлейкина-6 и С-реактивного белка в крови, что свидетельствует об участии лептина как протеина острофазового ответа. Интерес представляют его протромботические эффекты за счет воздействия на рецепторы тромбоцитов и активации симпатической нервной системы. Оба синдрома являются характерными для острого и последующего периода инфаркта миокарда. Напротив, уровень адипонектина ассоциируется с уменьшением вероятности атеросклероза в общей популяции, что связано с антиапоптозным эффектом в отношении клеток сосудистого эндотелия, стимуляцией новообразования сосудов. При экспериментальном ОИМ предварительное введение адипонектина приводило к уменьшению зоны некроза за счет активации циклооксигеназы кардиоцитов, увеличению простогландина Е 2, ингибированию воспалительных цитокинов. У пациентов в остром периоде инфаркта миокарда секреция адипонектина значительно уменьшается, приводя к дефициту кардиопротективных свойств. О резистине известно меньше. Он является антагонистом инсулина, секретируется преадипоцитами, способен усиливать процессы повреждения миокарда при острой ишемии, способствуя гипертрофии, фиброзу- известным факторам патогенеза хронической сердечной недостаточности.

Таким образом, активность адипокинов не только определяет метаболический статус, но имеет тесное отношение к процессам системного воспаления, сосудистого и миокардиального ремоделирования, соответственно фазам течения инфаркт миокарда. Следовательно, изучение уровня адипокинов при ОИМ имеет перспективы для оптимизации прогноза, контроля реабилитационных мероприятий с целью снижения сердечно-сосудистого риска.

167 ПОКАЗАТЕЛИ 15-ТИ ЛЕТНЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Лебедь И. Г., Руденко Н. Н.*, Ханенова В. А.*, Лебедь Е. И.***
*ГУ "Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии МЗ Украины", Киев, Украина; **ГУ "Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского", Симферополь, Республика Крым

Цель. Оценить хирургическую активность у взрослых с ВПС, прооперированных в НПМЦДКК (г. Киев) за 15 лет, для разработки тактики ведения таких пациентов в отдаленном послеоперационном периоде

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов, в возрасте 16 лет и старше, которым были выполнены вмешательства по поводу ВПС в период с 01.01.1999 по 31.12.2013 гг. Выделены 3 периода, связанные с системой организации Центра. Период 1–1999–2005гг, работа Центра кардиохирургии новорожденных НИИ ССХ им.Н.М.Амосова. Период 2–2006–2010гг, работа корпуса 1НПМЦДКК. Период 3–2011–2013гг, совместная работа корпуса 1 и 2 "Клиника для взрослых" НПМЦДКК. ВПС были разделены по степени тяжести на простые, средней степени и тяжелые пороки.Дооперационное состояние оценивалось по степени СН по классификации NYHA.

Результаты. За 15 лет 451 взрослым с ВПС было проведено 501 хирургических вмешательств. В периоде 1–110 процедур, в периоде 2–163 процедур, в 3 периоде 3–228 процедур. 30-тидневная летальность составила 1.92% в периоде 1, 1.33% в периоде 2, 0,51% в периоде 3. В структуре вмешательств преобладали операции — у 109 пациентов (99%) в периоде 1. 1 пациенту проведена ангиопроцедура (1%). В периоде 2 операции выполнены 139 пациентам (85%) ангио- 21 (13%), аритмологические — 3 (2%). В периоде 3: операции — 164 пациентов, (72%), ангио –46 (20%), аритмологические –18 (8%). При распределение по классам, в периоде 1–48 взрослых было с простыми ВПС (46%), 34 — с умеренными (32%) и 22 с тяжелыми (21%), в периоде 2–60 с простыми (39%), 40 — с умеренными (26%) и 53 тяжелыми ВПС (35%), в периоде 3–72 с простыми ВПС (37%), 48 — с умеренными (24%) и 74 с тяжелыми ВПС (39%). В периоде 1 было 37% больных с NYHAI, 51% с NYHAII, 12% с NYHAIII, с NYHAIV не было. В периоде 2 было 16% пациентов с NYHAI, 45% с NYHAII, 33% с NYHAIII, 6% с NYHAIV. В периоде 3 было 15% пациентов с NYHAI, 41% с NYHAII, 38% с NYHAIII, 6% с NYHAIV. Распределение по выполненным вмешательствам: септальные дефекты (ASD, VSD, AVSD) в периоде 1–45%, в периоде 2–43%, в периоде 3–34%. Процедуры на LVOTв периоде 1–27%, в периоде 2–32%, в периоде 3–32%, RVOT в периоде 1–2%, в периоде 2–4%, в периоде 3–9%.

Заключение. 1. Разработка стратегии хирургической помощи взрослым в ВПС приводит к увеличению числа оперируемых пациентов при достоверном трехкратном снижении летальности. 2. Более трети всех поступающих для коррекции больных имеют тяжелые сложные комбинированныеВПС. 3. Снижение числа взрослых с ВПС с небольшой и умеренной СН сопровождается возрастанием числа пациентов с более тяжелой степенью декомпенсации. 4. В структуре всех оперированных ВПС выявлено снижение числа простых пороков, при возрастании количества процедур и операций на ВТЛЖ, АК, корне аорты и ВТПЖ.

168 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ, В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Леванова Т. В., Меньшикова И. Г., Квасникова Ю. В., Скляр И. В., Магаляс Е. В.
ГБОУ ВПО "Амурская государственная медицинская академия", Благовещенск, Россия

Цель. Изучение влияния 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).

Материал и методы. 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 ХОБЛ был включен 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±2,3 лет. Комплексное обследование гемодинамики проводили на ультразвуковом аппарате XD-11 XE "PHILIPS" (США) в М-, В-, допплеровском режимах и цветового картирования потоков. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) определяли по скорости струи трикуспидальной регургитации (постоянно-волновой допплер). 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).

Результаты. В результате исследования у больных I группы выявлено повышение СДЛА до 40,6±1,27 мм рт.ст. (p<0,01), во II — до 48,3±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±1,8%, во II — 38,7±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 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±2,66% (p<0,001) и до 52,7±2,47 (p<0,05) у больных I и II группы, соответственно.

Заключение. Таким образом, применение 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. Более выраженный клинический эффект достигается при использовании карведилола в комплексной терапии больных ХОБЛ с компенсированным ХЛС в сочетании с острым коронарным синдромом.

169 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА

Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, Киров, Россия

Цель. Изучить клинические особенности течения артериальной гипертонии (АГ) у пациентов с моторно-эвакуаторными нарушениями желудка, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники ГБОУ ВПО Кировской ГМА в 2011 г.

Материал и методы. Были обследованы 50 пациентов с АГ и моторно-эвакуаторными нарушениями желудка, находившихся на лечении в терапевтическом стационаре. Для изучения клиники и течения коморбидной патологии использовались данные амбулаторных карт, историй болезни и анамнестические сведения.

Результаты. По возрастной категории средний возраст составил 44,8 ±2,2 года, из них мужчин — 80%, женщин — 20%. Пациентов молодого возраста было 30% (классификация ВОЗ), среднего — 50%, пожилого — 20%. Средний возраст женщин составил 40,5±1,4 года, средний возраст мужчин 48,6±1,9 года. Отягощенный наследственный анамнез по сердечно-сосудистой системе регистрировался у 70%, по желудочно-кишечному тракту у 50% пациентов из всех опрошенных. Возраст начала заболевания варьировал от 7 до 30 лет. В среднем начало заболевания приходилось на средний возраст от 20 до 45 лет. Стаж заболевания — от 1 года до 28 лет. При анализе субъективных симптомов у всех пациентов на ряду с жалобами по желудочно-кишечному тракту (отрыжка, изжога) в клинике присутствовали тяжесть в голове на фоне повышения артериального давления (100%). Только 50% из всех опрошенных отмечали наличие головных болей при повышении артериального давления. Появление головокружения наблюдалось у 40% пациентов. Сочетание симптомов по сердечно-сосудистой системе и желудочно-кишечному тракту наблюдалось у 76% опрошенных. Эти же 76% отмечают усиление вышеперечисленных симптомов по артериальной гипертонии в осенне-весенние месяцы.

Заключение. В среднем дебют коморбидных заболеваний приходится на относительно молодой возраст от 20 до 45 лет. При анализе клинической картины течения артериальной гипертонии у пациентов с моторно-эвакуаторными нарушениями желудка, выявлено более скрытое течение симптомов АГ. При обострении патологии желудка наблюдалось ухудшение симптоматики по сердечно-сосудистой системе. Таким образом, врачам-клиницистам нужно учитывать, что своевременное лечение моторно-эвакуаторных нарушений желудка способствует длительной компенсации данной коморбидной патологии.

170 ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СКРЫТЫМИ ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МАССОВОЙ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОФЛЮОРОГРАФИИ

Лещук Т.Ю., Гельберг И.С.

УЗ "Гродненская областная клиническая больница", УО "Гродненский государственный медицинский университет", Гродно, Беларусь

Цель. Обосновать схему организационно — методических мероприятий, по выявлению пациентов со скрытыми признаками артериальной гипертензии (АГ) на догоспитальном этапе при массовых профилактических цифровых рентгенофлюорографических исследованиях.

Материал и методы. В нашем западном приграничном регионе проводятся дифференцированные профилактические цифровые рентгенофлюорографические обследования населения с обхватом около 700 000 человек в год. При анализе, большого количества цифровых рентгенофлюорограмм органов грудной клетки, частой находкой является обнаружение увеличения левого желудочка (УЛЖ), которое может быть следствием скрытого признака АГ у людей, которые субъективно не ощущающих данную патологию. Около 70% врачей-рентгенологов, данные патологические изменения не оценивают, тем самым пациенты не отправляются на дообследование, возможно с ранними признаками АГ.

Результаты. При проведении цифровых рентгенофлюорографических исследований пациентам трудоспособного возраста, было предложено измерить артериальное давление (АД). Цифровые рентгенофлюорографические исследования были проведены — 3074 пациентам, повышенные цифры АД (<130/90 мм рт.ст.) были в 863 (28,07%) случаях, признаки УЛЖ в 435 (14,15%) случаях, из них УЛЖ и повышенное АД — 264 (60,68%) случаях, из них впервые выявленных пациентов, считавших себя практически здоровыми и субъективно не ощущающие признаков повышенного АД в 72 (27,27%). Мы, предлагаем для выявления лиц с признаками скрытой АГ использовать схему организационно — методических мероприятий, где врач-рентгенолог при обнаружении УЛЖ при профилактических рентгенофлюорографических исследованиях, направляет пациента, особенно лиц трудоспособного возраста, к участковому терапевту для дальнейшего всестороннего обследования. В случаях, когда у пациента на приеме у врача регистрируется повышенное (АД) (<140/90 мм рт.ст.) и более пациенту предлагают дообследование и наблюдение: измерение домашнего и офисного АД, при неоднократном повышении цифр АД — суточное мониторирование (с повторением через 3–6 меся-

цев), электрокардиографию, ультразвуковое исследование, лабораторные методы исследования. При обнаружении стойкой АГ пациента ставят на диспансерное наблюдение, назначают консультацию кардиолога, медикаментозное лечение, при необходимости стационарное лечение.

Заключение. Организационно-методические мероприятия по выявлению пациентов с признаками скрытой артериальной гипертензии на до госпитальном этапе при профилактических цифровых рентгенофлюорографических исследованиях позволили первично выявить пациентов, считавшие себя практически здоровыми в 27,27% случаях. Раннее выявление пациентов, субъективно не ощущающих симптомов повышенного АД, позволит начать своевременное лечение, уменьшить сроки реабилитации, снизить количество пациентов с осложнениями АГ — инфаркт, инсульт.

171 АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ММП-1 И ТИМП-1 В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВВЕДЕНИИ ПЕРИНДОПРИЛА И МЕЛАТОНИНА

Лискова Ю. В.[1], Стадников А. А.[1], Саликова С. П.[2]

[1]ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, Оренбург; [2]ФГК ВОУ ВПО "ВМА им. С. М. Кирова" МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить влияние периндоприла и мелатонина на реорганизацию внеклеточного матрикса (ВМ) в миокарде левого желудочка (ЛЖ) крыс в условиях экспериментальной сердечной недостаточности (ЭСН).

Материал и методы. Исследование проводилось на 33 половозрелых крысах-самцах, 28 животным была моделирована ЭСН путем подкожного введения 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим плаванием до глубокого утомления в течение 14 сут. 5 — контрольная группа. 28 крыс после моделирования ЭСН были разделены на 4 группы, каждой в течение 14 сут ежедневно вводился: 1 группе (n=5) подкожно 0,2 мл 0,9% раствора хлорида натрия, 2 группе (n=8) — подкожно мелатонин (М) в дозе 1,0 мг/кг (Sigma-Aldrich, USA), 3 группе (n=8) — периндоприла аргинин (П) внутрь 2,0 мг/кг (Servier, France), 4 группе (n=7) — П+М в тех же дозировках. Миокард ЛЖ изучен светооптическим, иммуноцитохимическим (оценка экспрессии ММП-1, ТИМП-1) и морфометрическим методами. Оценку локализации и интенсивности иммунной реакции проводили полуколичественным методом +/+++ в случайно выбранных полях зрения под микровизором mVizo-101: (-) нет иммунопозитивные кардиомиоцитов (ИКМЦ); (+) легкая, 1–4 ИКМЦ; (++) умеренная, более 5 ИКМЦ; (+++) высокая иммунореактивность, почти все сердечные миоциты иммунопозитивны.

Результаты. Данные морфометрии в группах крыс с ЭСН показали достоверное увеличение объемной плотности (ОП) стромы миокарда в 1 группе 43,8±2,07 об.% ($p<0,05$), недостоверное увеличение во 2 группе — 26,7±1,23 об.%, в 3 группе — 28,3±2,1 об.% и в 4 группе — 24,5±2,7 об.% по сравнению с контролем 15,6±2,6 об.%. При иммуноцитохимическом исследовании миокарда ЛЖ у крыс всех групп были обнаружены КМЦ с различной степенью активности ММП-1. У животных контрольной группы больше встречалось КМЦ с умеренной +/++ (20/80%) степенью активности ММП-1. Значимое снижение активности ММП-1 наблюдалось в 1 +/++ (80/20%), 3 +/++ (60/40%) и 4 +/++ (80/20%) подопытных группах по сравнению с контролем и 2 группой мелатонина +/++ (25/75%). При анализе экспрессии ТИМП-1 иммунопозитивные КМЦ также встречались во всех группах. Значимое увеличение ТИМП-1-позитивных КМЦ +/++/+++ (30/30/40%) отмечалось во 2 группе животных с введением мелатонина по сравнению с контролем +/++ (25/75%). Уменьшение активности ТИМП-1 наблюдалось в 1 группе +/++ (40/60%) и в 3 группе +/++ (50/50%).

Заключение. Данные исследования продемонстрировали, что целостность ВМ поддерживается равновесием между активностью ММП-1 и ТИМП-1. Изменения соотношения ММП-1/ТИМП-1 в сторону увеличения экспрессии тканевого ингибитора в 1 группе способствует активации процессов фиброзирования в миокарде ЛЖ при ЭСН. В миокарде у крыс с ЭСН и введением П+М отмечались значимое уменьшение ОП стромы на 19,3 об.%, незначительные нарушения гемодинамики по сравнению с 1 группой, что соответствовало умеренной активности и ММП-1, и ТИМП-1.

172 КОНЦЕНТРАЦИЯ ВАЗОАКТИВНЫХ МОЛЕКУЛ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВЛИЯНИЕ НА ИХ ПРОДУКЦИЮ КЛЕТКАМИ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО СВЧ-ИЗЛУЧЕНИЯ

Логаткина А. В., Хадарцев А. А.

ФГБОУ ВПО "Тульский государственный университет", Тула, Россия

Необходимость совершенствования лечебных технологий, направленных на нормализацию продукции вазоактивных и вазопрессорных факторов у больных с ИБС, в настоящее время не вызывает сомнения.

Цель. Изучение особенностей влияния электромагнитного излучения (ЭМИ) как физиотерапевтического фактора на продукцию клетками цельной крови больных ИБС вазоактивных молекул.

Материал и методы. Всего обследовано 30 больных со стенокардией напряжения II–III ФК в возрасте 57,1±3,7 года, и 30 здоровых лиц в возрасте 53,2±5,5 лет. Образцы венозной крови, забираемой из локтевой вены (2,0 мл) разделяли на контрольную и основную группы (по 1,0 мл), помещали в стерильные флаконы со средой DMEM в соотношении 1:4. В исследовании использовали наборы Цитокин-Стимул-Бест (ЗАО "Вектор-Бест, г. Новосибирск). Основную группу облучали в течение 45 минут ЭМИ частотой 1 ГГц ППЭ 0,05 мкВт/см^2. Далее образцы инкубировали 24 часа при t 37^{0}C с последующим анализом методом ИФА с использованием реактивов BenderMedSystems (Австрия), концентрации АПФ, его ингибитора (иАПФ), ангиотензина II (АТ II), тканевого активатора плазминогена (ТАП), активного ренина, NO, общего уровня антиоксидантов (АО).

Результаты. В ходе исследования выявлены изменения уровня гуморальных вазоактивных молекул, в частности, снижение, в сравнении с контролем, продукции NO на 14,1% ($p=0,06$), активного ренина на 16,0% ($p=0,013$), повышение концентрации АТ II на 136,2% ($p<0,001$), иАПФ на 28,9% ($p=0,01$), АПФ на 0,8% ($p=0,7$), а так же ТАП на 5,2% ($p=0,04$). Выявленные изменения отмечались на фоне снижения антиоксидантного потенциала сыворотки (АО) на 5,8% ($p=0,12$). Эффекты СВЧ-облучения клеток цельной крови больных ИБС проявлялись повышением уровня NO на 26,7% ($p<0,001$), АО на 25,1% ($p<0,001$), иАПФ на 2,2% ($p=0,37$) и ТАП на 4,8%. Таким образом, однократное физиотерапевтическое воздействие низкоинтенсивного СВЧ-излучения частотой 1000 МГц на культуру клеток цельной крови, сопровождается оптимизацией концентрации вазоактивных факторов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных ИБС нарушения баланса вазоактивных факторов. Использование физиотерапевтического фактора — низкоинтенсивного излучения частотой 1000 МГц, позволяет уже при однократном воздействии оказывать выраженное биологическое действие на систему клеток цельной крови. Полученные результаты свидетельствуют о том, что клетки цельной крови могут играть значимую роль в регуляции эндотелиальной функции и поддержании АД, и могут являться самостоятельной мишенью для терапевтического воздействия с целью коррекции патологических проявлений ИБС. При этом, характер биологического действия низкоинтенсивного СВЧ-излучения свидетельствует о перспективности данного фактора с точки зрения его применения в комплексной терапии патологических изменений у больных с АГ и ИБС.

173 РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Логвинова В. И., Сомова А. А., Михайлов И. В., Барбухатти К. О.

ГБУЗ Краевая клиническая больница № 1 им. проф. Очаповского С. В., ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС Россия, Краснодар, Россия

В литературе широко обсуждается проблема выбора методов реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), страдающих сахарным диабетом II типа (СД-II). СД-II является приоритетом первого ряда среди проблем, стоящих перед медицинской наукой и здравоохранением. Сахарный диабет представляет собой классическую модель поражения микро- и макрососудистого русла, поражение сосудов носит диффузный характер. Столь масштабного поражения всего сосудистого русла не происходит ни при одном другом заболевании. Основными причинами высокой инвалидизации и смертности больных СД-II являются поражение сердечно-сосудистой системы.

Цель. Проанализировать опыт выполнения коронарного шунтирования (КШ) в сочетании с эндартерэктомией (ЭАЭ) у больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом.

Материал и методы. В работе представлен анализ результатов операций КШ в сочетании с ЭАЭ у 152 пациентов с ИБС, выполненных в период с 2003 по 2010 годы в КХО-2 ККБ № 1, что составило 1,8% от общего количества больных (8200) оперированных по поводу ИБС. Больные, у которых ИБС отягощена СД, сформировали группу ИБС+СД. Для сравнения взята группа пациентов с двух- или трехсосудистым поражением коронарных артерий оперированных в этот же период, но они не имели СД в анамнезе. Средний возраст основной группы составил 57±18 лет, в контрольной группе 60±19 лет. У 72,1% в группе СД и 73,3% в группе ИБС больных имелась стенокардия напряжения III–IV функционального класса. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 74,4% в группе с СД и 68,8% в группе ИБС. В отдалённом периоде обследовано 127 человек (87,6%). Средний период наблюдения составил 4,6±1,2 лет.

Результаты. Выживаемость составила 90,7% в группе СД и в группе ИБС 94,5%, p>0.05. Рецидив стенокардии возник в группе с СД у 16,3% и 18,4% — в контрольной группе. Инфаркт миокарда перенесли 2,3% в группе СД и 1,8% в группе ИБС. Коронарошунтографию выполнили 12 (27,9%) пациентам с диабетом и 35 (32,1%) без диабета, а МСКТ-коронарошунтографию у 19 (44,1%) в группе ИБС и СД, 43 (39,4%) в группе ИБС. Работающие артериальные кондуиты в основной группе — 93,5% и 98,6% в контрольной группе, работающие венозные кондуиты в ИБС с СД — 83,9% и 91,3% в группе ИБС.

Заключение. Больные СД-II имеют тяжелый предоперационный статус и высокий риск послеоперационных осложнений. Однако, КШ с ЭАЭ у таких пациентов сопровождается приемлемыми показателями летальности, выживаемости, умеренным риском отдаленных сердечно-сосудистых осложнений, а также удовлетворительной функциональностью шунтов, при строгом контроле и коррекции гликемии.

174 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Иванчукова М. Г.

ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава России; ГБУЗ ГКБ СМП им. Г. А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель. Установить основные факторы, предрасполагающие к развитию посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургических операций в реабилитационном периоде.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 480 больных (280 мужчин, 200 женщин) в возрасте от 24 до 76 лет (средний возраст 56±3,7 лет), поступивших после операции (на 5–21 сутки) коронарного шунтирования или клапанной коррекции (протезирование, пластика клапанов) в отделение кардиологии для стационарного реабилитационного лечения.

Результаты. У 374 больных (77,9%) выявлены признаки посткардиотомного синдрома. Среди них в 294 случаях (78,6%) диагностированы нарушения углеводного обмена, преимущественно сахарный диабет 2 типа, причем в предоперационном периоде отмечалась стадия компенсации данного заболевания, подтвержденная лабораторными тестами. В группе больных без посткардиотомного синдрома сахарный диабет 2 типа диагностирован у 11 больных (10,4%). Выявлено значимое отличие по показателю исходного клинического состояния пациента, выраженному расчетным показателем риска интраоперационной летальности (EuroSCORE), групп с наличием и отсутствием посткардиотомного синдрома (p<0,01). Проведена оценка частоты ХОБЛ в анализируемых группах: среди больных с посткардиотомным синдромом выявлены случаи ХОБЛ у 40 больных (10,7%), во второй группе — в 5,7%. Статистически малодостоверные различия, требующие дополнительного дифференцированного анализа различных вариантов и тяжести изменений, отмечены в отношении патологии щитовидной железы и заболеваний почек в анамнезе. Кроме того, группы достоверно различались по объему оперативного вмешательства (количество сформированных анастомозов, количество оперированных клапанов (протезирование, пластика), сочетанные операции), количеству повторных операций, в том числе по экстренным показаниям в раннем послеоперационном периоде. Значение p составило, по перечисленным выше позициям, от 0,05 до 0,0001 в сравниваемых группах.

Заключение. К предикторам развития посткардиотомного синдрома можно отнести: нарушения углеводного обмена (прежде всего сахарный диабет 2 типа), ХОБЛ, большой объем оперативного вмешательства (количество коронарных анастомозов, количество оперированных клапанов, сочетанные операции), экстренные повторные операции в раннем послеоперационном периоде, исходное клиническое состояние в предоперационном периоде, выраженное в интегральном расчетном показателе риска EuroSCORE. Выделение группы больных высокого риска посткардиотомного синдрома позволит выработать специализированную тактику реабилитационных этапов лечения после выписки из кардиохирургического стационара, в том числе в отношении схем превентивного лечения нестероидными противовоспалительными средствами, а также целенаправленной диагностики плевральных, перикардиальных выпотов.

175 ФАКТОРЫ, МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ТАКТИКУ ДИНАМИЧЕСКИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОЛОСТЕЙ И ПЕРИКАРДА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Лихтер Т. А.

ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава России; ГБУЗ ГКБ СМП им. Г. А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ количества динамических ультразвуковых исследований перикарда и плевральных полостей в реабилитационном периоде у больных ИБС после операции коронарного шунтирования при нарушении и нормальных показателях углеводного обмена.

Материал и методы. Обследовано 67 больных (28 мужчин и 39 женщин) после коронарного шунтирования в послеоперационном периоде (на 5–21 сутки после операции), в возрасте 51–75 лет (средний возраст 61±4,7 год). Исследование проводилось в условиях кардиологического отделения, специализи-

рующегося на реабилитации больных после кардиохирургических операций. Больные разделены на 2 группы сопоставимые по основным показателям. В 1-ю группу включен 31 больной (46%) с ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. 2-я группа — 36 больных (54%) с ИБС без нарушений углеводного обмена. В обследовании применялись стандартные лабораторно-клинические исследования, ультразвуковое исследование сердца, плевральных полостей, оценка показателей углеводного обмена.

Результаты. В 1-й группе достоверно выше частота выявления посткардиотомного синдрома или изолированного выпота в плевральные полости, выпота в полость перикарда (27 больных; 87,1%) по сравнению со 2-й группой (17 больных; 47,2%). Кроме того, в 1-й группе количество динамических ультразвуковых исследований сердца и плевральных полостей оказалась выше (в среднем, соответственно, 2,5 и 3,5 исследований на одного больного в 1-й группе; 1,5 и 2,0 выше указанных исследований во 2-й группе). Закономерно, что в 1-й группе количество плевральных пункций, выполняемых под ультразвуковым контролем, в расчете на одного больного в среднем в 2,7 раз больше, чем во 2-й группе. Достоверно различались сроки реабилитационного стационарного этапа в анализируемых группах. Существенное модифицирующее влияние на длительность реабилитационного лечения оказывали анализируемые в данном исследовании факторы, в том числе, рецидивирующий плевральный выпот, требовавший повторных лечебных плевральных пункций и контрольных ультразвуковых исследований.

Заключение. Нарушение углеводного обмена является существенным фактором, повышающим частоту развития таких осложнений, как посткардиотомный синдром, перикардиальный и плевральный выпот у больных после коронарного шунтирования, который обуславливает увеличение числа контрольных ультразвуковых исследований перикарда и плевральных полостей, удлинение сроков реабилитационного стационарного этапа. Необходима разработка дифференцированных нормативных стандартов обследования и лечения данной категории больных, в том числе при определении порядка и стандартов лечения и обследования на всех этапах реабилитации, с внесением корректировки в штатные нормативы, рекомендуемый перечень оборудования.

176 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Лохина Т. В., Казанцева Л. В.

ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава России; ГБУЗ ГКБ СМП им. Г. А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель. Анализ клинических проявлений посткардиотомного у больных после операции коронарного шунтирования или оперативной клапанной коррекции в период стационарного реабилитационного этапа

Материал и методы. Проведено обследование 62 больных (36 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 46 до 72 лет (средний возраст 59±4,8 лет) с посткардиотомным синдромом после коронарного шунтирования или оперативной клапанной коррекции (протезирование и/или пластика клапанов) в послеоперационном периоде (на 5–21 сутки после операции). Исследование проводилось в условиях кардиологического отделения, специализирующегося на реабилитации больных после кардиохирургических операций. В обследовании применялись стандартные клинические, лабораторные исследования, эхокардиография, ультразвуковое исследование плевральных полостей.

Результаты. Во всех случаях наличие посткардиотомного синдрома подтверждено данными ультразвукового исследования. На момент включения больных в исследование в 17 случаях (27,4%) обнаружено сочетание выпота в перикардиальной и плевральных полостях. У 30 больных (48,4%) отмечен этот синдром в виде изолированного выпота в плевральные полости, а в остальных случаях был диагностирован выпот в полость перикарда (15 больных; 24,2%). Повышение температуры тела выявлено только у 9 больных (14,5%), причем только в 3 случаях были эпизоды фебрильной температуры, в остальных случаях субфебрильное повышение. Шум трения перикарда выявлен у 12 пациентов (19,4%), шум трения плевры в 19 случаях (30,6%). Кроме того, одышка беспокоила 15 (24,2%) больных, жалобы на плевральные боли отмечались лишь у 7 (11,3%), в 13 (21%) случаях пациенты предъявляли жалобы на неопределенный дискомфорт в правой либо левой половине грудной клетки; у 10 (16,1%) больных появлялся дополнительный дискомфорт в области сердца или кардиалгия неспецифического характера. Характерно, что в большинстве случаев жалобы на болевые ощущения больные сами активно не предъявляли, и лишь целенаправленные вопросы позволили обнаружить те или иные проявления.

Заключение. Таким образом, на этапе стационарного реабилитационного периода отмечается превалирование бессимптомных, стертых и малосимптомных клинических форм посткардиотомного синдрома. Существенное модифицирующее влияние на выраженность клинических проявлений посткардиотомного синдрома оказывает, наряду с другими факторами, назначение в раннем послеоперационном периоде эффективных нестероидных противовоспалительных, анальгетических, антибактериальных средств. Учитывая сложность диагностики посткардиотомного синдрома (малосимптомное течение с преобладанием неспецифических проявлений) у данной категории больных, необходимо активное выявление симптоматики, обязательное для всех больных использование динамического ультразвукового исследования плевральных полостей, перикарда.

177 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИЧЕСКОГО АНАЛОГА МЕЛАТОНИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СНА

Лутай Ю. А., Крючкова О. Н., Ицкова О. А., Лебедь Е. И., Турна Э. Ю.

ГУ Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, Симферополь, Республика Крым

Одним из заболеваний, имеющих тесную структурно-функциональную связь с инсомнией, является артериальная гипертензия (АГ). Изменения биоритмов сердечно-сосудистой системы, лежащие в основе патогенеза артериальной гипертензии, являются причинами нарушения фазовой структуры и глубины сна. Лечение АГ, с одной стороны, сопряжено со строгим выполнением рекомендаций по контролируемому лечению, с другой — учетом факторов, существенно влияющих на прогноз заболевания. Однако, до настоящего времени недостаточно исследований, детально характеризующих взаимосвязь между течением АГ и нарушениями сна. В последние годы разработаны новые снотворные препараты, один из которых мелаксен — химический аналог мелатонина, регулирующий цикл сон-бодрствование, ускоряющий засыпание, улучшающий качество сна.

Цель. Оценить динамику показателей СМАД у пациентов с артериальной гипертензией, имеющих нарушения сна, при добавлению к лечению мелаксена.

Материал и методы. Обследовано 23 пациента (14 мужчин и 9 женщин в возрасте 57,9 ± 4,5 года) с артериальной гипертензией 1–2 степени и с инсомнией. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления с определением суточного индекса, показателей вариабельности систолического (ВАР САД) и диастолического ВАР ДАД) АД, скорости утреннего подъема. Диагноз инсомнии был поставлен согласно диагностическим критериям МКБ-10. Пациенты получали стандартную гипотензивную терапию, включающую ингибиторы АПФ и антагонисты кальция. Всем больным к лечению был добавлен мелаксен (UNIPHARM, Inc. США) 3 мг 1 раз в сутки в течение 24 дней.

Результаты. Нормализация сна наблюдалась после приема 1-й недели у 55% больных, после 3-й — у 40% больных. Побочных эффектов от приема препарата не зафиксировано. При этом у 52,5% пациентов достигалась нормализация суточных ритмов АД. Среднесуточные значения САД уменьшились 140,4±3,5 до 125,4±3,8мм рт.ст. (P<0,001), ДАД снизилось с 83,2±2,3 до 78,3±2,4 (P<0,001), АД ср уменьшилось с 108,8±2,8 до 93,7±2,8 (P<0,001). Ночные значения вариабельности САД достоверно снизились с 15,0±1,2 до 9,3±0,6 (P<0,001), ДАД с 10,3±0,8 до 7,2±0,8 (P<0,001). Показатели СУП после проведенного лечения также снизились (СУП САД с 26± 19 до 14,36 ±10,52, при P<0,0045; СУП ДАД 21,02±16,54 до 12,39 11,31, при P< 0,0174).

Заключение. У больных артериальной гипертонией с выраженными нарушениями сна коррекция инсомнии мелаксеном приводит к нормализации суточных ритмов АД, что является показателем уменьшения риска поражения органов-мишеней и развития острых сосудистых событий, а значит, улучшения прогноза жизни данной категории больных.

178 ДИНАМИЧЕСКАЯ КОНТРАСТИРОВАННАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ КАРОТИДНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК У ЛИЦ С АТРОСКЛЕРОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Максимова А. С., Бобрикова Е. Э., Роговская Ю. В., Буховец И. Л., Плотников М. П., Усов В. Ю.
ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Предпринята попытка сопоставить у пациентов с брахиоцефальным атеросклерозом и недавним острым нарушением мозгового кровообращения картину МРТ головного мозга и оценку кинетики накопления парамагнетика в тканях атеросклеротической бляшки средствами высокоразрешающей контрастированной каротидной МРТ.

Была проведена динамическая контрастированная МРТ области атеросклеротического поражения сонных артерий, с введением парамагнетиков в стандартной дозе 2 мл 0,5М раствора на 10 кг веса, как последовательность Т 1- взвешенных спин-эхо томосрезов по 2 мм в матрицу 256 × 256 по 30 сек в течение 5–7 мин после введения контраста-парамагнетика у 17 пациентов с монолатеральным (8 пациентов) или двусторонним (9 пациентов) стенозирующим атеросклерозом каротидных артерий (более 70% просвета артерии). У 11 пациентов (5 — с монолатеральным стенозом и 6 — с билатеральным) имел место ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии в острой или подострой стадии. По методу Гьедде-Рутланда-Патлака рассчитывалась скорость поглощения парамагнетика в толщу атеросклеротичекой бляшки по данным кривых интенсивности сигнала в структурах бляшки и кривой клиренса контрастного препарата из крови; а также индекса усиления интенсивности Т 1- взвешенного изображения в толще бляшки.

У контрольных лиц отмечено умеренное усиление интенсивности изображения стенок брахиоцефальных сосудов, по величине ИУ < 1,08, при скорости транспорта близкой к 0,0001 мкМ/мл/сек. У пациентов без ОНМК отмечалось умеренное достоверно превосходящее показатели здоровых контрольных лиц, усиление интенсивности бляшек и сосудистых стенок при введении парамагнетика, до 1,14±0,07, при скорости транспорта 0,0026 ± 0,02 мкМ/мл/сек. При ишемическом ОНМК в бассейне гомолатеральной сонной артерии отмечалось достоверное усиление интенсивности бляшки при контрастировании, до 1,35 ± 0,06, а также и стенки артерии (ОСА и ВСА) в целом, до 1,19±0,05, при достоверно более высокой скорости транспорта, составлявшей 0,0053±0,02 мкМ/мл/сек.

Контрастированная динамическая и статическая МРТ сонных артерий визуализирует нарушения сосудистой проницаемости капилляров атеросклеротической бляшки и является методом дополнительной оценки риска мозгового инсульта, для своевременного отбора пациентов на хирургическое лечение каротидного стеноза.

179 МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СТЕНКИ АОРТЫ С ПОМОЩЬЮ КОНТРАСТНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Максимова А. С., Бабокин В. Е, Буховец И. Л, Бобрикова Е. Э., Роговская Ю. В., Лукьяненок П. И, Усов В. Ю.
ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, Томск, Россия

Растущая во всем мире проблема атеросклероза, вместе с достижениями в области технологий визуализации, стимулировали значительный интерес к новым подходам в оценке дегенеративного изменения стенок артерий при атеросклерозе.

В ходе данного исследования была предпринята попытка изучить МР-картину атеросклеротических изменений стенки аорты у пациентов с распространенным атеросклерозом и перенесенным острым инфарктом миокарда (ОИМ) при контрастировании парамагнетиком. В исследование были включены 26 пациентов (23 мужчины, 3 женщины, 58 ± 6 лет) с распространенным атеросклерозом и перенесенным трансмуральным ОИМ левого желудочка, проходивших МРТ сердца в порядке предоперационной подготовки. Контрольная группа состояла из 8 пациентов с опухолевой патологией органов грудной клетки (ОГК), без признаков клинически значимого атеросклероза, того же возрастного диапазона.

Была проведена контрастированная МРТ области атеросклеротического поражения аорты в аксиальной плоскости. Введение парамагнетика осуществлялось в дозе 0,1 ммоль/1 кг массы тела. До введения и спустя 10–15 мин после записывались Т 1-взвешенные спин-эхо изображения, с параметрами исследования TR = 450–700 мс, TE = 15–20 мс, в матрицу изображения 256 × 256 пикселей, при размере области исследования до 250 × 250 мм и толщине томосреза 6–7 мм. У всех пациентов рассчитывался индекс усиления Т 1-взвещенного изображения (ИУ), как отношение интенсивностей области стенки аорты на контрастированном и исходном МРТ-исследовании. Определялся также геометрический диаметр аорты на уровне накопления контраста-парамагнетика в стенке аорты.

В контрольной группе очевидным было визуальное отсутствие значимого накопления контраста-парамагнетика в стенке аорты, так что ИУ не превышал 1,04 (среднее значение 1,01 ± 0,02). У пациентов с распространенным атеросклерозом и перенесенным ОИМ наблюдалось достоверно превосходящее показатели контрольных лиц усиление интенсивности сигнала в атеросклеротически измененной стенке аорты при введении парамагнетика (ИУ>1,14, среднее 1,19±0,06). Визуально характер накопления контраста-парамагнетика в зависимости от протяженности и циркулярности поражения визуализируется как локально-очаговый либо диффузно-распространенный синдром аккумуляции. В случае очагового накопления контраста ИУ=1,16 ± 0,05, толщина стенки аорты в месте накопления контраста (4 ± 0,9мм), диаметр просвета (23 ± 1,2мм) при диффузном накоплении индекс усиления достоверно выше, составляя ИУ = 1,35±0,13, толщина стенки (5 ± 1,8мм), диаметр просвета (19±3мм).

Таким образом, впервые показано, что при атеросклеротическом поражении аорты отмечается достоверное накопление контраста-парамагнетика в ее стенке. Ведется дальнейшее исследование взаимоотношений накопления с морфологическими характеристиками процесса.

180 ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Максимова А. С., Буховец И. Л, Плотников М. П., Кузнецов М. С., Козлов Б. Н., Усов В. Ю.
ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, Томск, Россия

Наиболее часто используемым методом хирургической реваскуляризации является каротидная эндартерэктомия

(КЭЭ), выполняемая для устранения гемодинамически значимого стеноза и предотвращения артерио-артериальной эмболии.

Цель. Изучить параметры артериального и венозного кровотока с помощью ультразвуковых методик у пациентов с атеросклерозом каротидных артерий до и после оперативного вмешательства.

Материал и методы. Исследование проводилось на ультразвуковом диагностическом аппарате GE Healthcare — Vivid 7 в В-режиме, режимах цветного и импульсно-волнового допплеровского картирования в исходном состоянии до оперативного вмешательства и в ранние сроки (7–10 дней) после операции КЭЭ. В исследование были включены 22 пациента со стенозирующим поражением брахиоцефальных артерий (16 мужчин, 6 женщин, средний возраст 63 ± 6,6 лет). Оценен кровоток во внутренних сонных, позвоночных (в сегментах V2, V3), глазных, надблоковых, средних мозговых артериях, а также во внутренних яремных и позвоночных венах.

Результаты. Исходно коэффициент асимметрии (КА) линейного кровотока во внутренней сонной артерии достоверно различался в группе пациентов со стенозом (0,56±0,19) по сравнению с контрольной группой (0,31±0,11). После операции КЭЭ КА нормализовался (0,30±0,24). На стороне гемодинамически значимого стеноза выявлены статистически значимые отличия скоростных показателей во внутренней сонной артерии до и после операции: пиковая систолическая скорость 190,67±22,06 снизилась до 81,56±1086 ($p<0,05$), диастолическая скорость 47,90±8,64 до 16,63±2,43 ($p<0,05$), усредненная по времени максимальная скорость кровотока (TAMAX) 89,33±12,35 до 34,01±3,96 ($p<0,05$), усредненная по времени средняя скорость кровотока (TAV) 50,70±19,61 до 19,61±2,49 ($p<0,05$)). В позвоночных (сегмент V2), глазных, надблоковых и средних мозговых артериях скоростные показатели увеличились, но статистически недостоверно ($0,05<p<0,10$). Во внутренних яремных венах скоростные показатели пиковой скорости кровотока (S-пик) уменьшились на стороне поражения на всех трех уровнях: (33,27±10,9 до 23,97±11,47), (34,91±15,68 до 31,92±24,05), (39,05±13,6 до 33,5±19,5), соответственно.

Заключение. На контрлатеральной стороне увеличились скоростные показатели в общей сонной, средней мозговой и надблоковой артериях; снизились показатели во внутренней сонной, позвоночной, глазной артериях и во внутренних яремных венах, но статистически незначимо.

Показано, что методы ультразвуковой оценки артериального и венозного кровотока являются адекватным средством контроля мозговой гемодинамики после каротидной эндартерэктомии.

181 ИЗУЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИНДОПРИЛА АРГИНИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Максютова А. Ф., Максютова Л. Ф., Фрид С. А., Максютова С. С., Фаррахова Ф. И., Акманова З. А., Кудрявцева И. В., Дмитриева Н. М.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, РКГВВ, Уфа, Россия

Цель. Оценить влияние периндоприла аргинина (ПА) на показатели внутрисердечной гемодинамики и изучить его антиишемическую эффективность у больных ИБС пожилого возраста.

Материал и методы. Было обследовано 36 пациентов ИБС. У 20 диагностирована стенокардия напряжения III ФК, у 16 — постинфарктный кардиосклероз давностью от 3 до 7 лет. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II и III ФК по NYHA наблюдалась у 21 пациента (58,3%). Мужчин было 19, женщин — 17 человек в возрасте от 67 до 82 лет (средний возраст 74,6±2,8 лет). У 17 (47,2%) пациентов отмечались наджелудочковые нарушения ритма сердца (ННРС). ПА назначался в дозе 10 мг в сутки дополнительно к базовой терапии длительностью до 5 недель. Всем больным проведено клиническое обследование, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография.

Результаты. Изучение динамики клинических проявлений ИБС показало, что на фоне приема ПА наблюдалось уменьшение количества приступов стенокардии за сутки с 2,5±0,5 до 0,3±0,05 ($p<0,05$), снизилась потребность в приёме дополнительных таблеток нитроглицерина с 2,3±0,1 таблеток за сутки. В процессе проведенного лечения отмечалось уменьшение функционального класса ХСН у 11 (52,4%) из 21 пациента. Исходно у 75% пациентов были выявлены изменения внутрисердечных параметров левого желудочка (ЛЖ) в виде увеличения левого предсердия (ЛП) 4,28±0,5 см, конечно-диастолического давления (КДД) ЛЖ (14,5±1,2 мм рт.ст.), конечно-диастолического объема (КДО) ЛЖ (282,5±18,8 мл) и конечно-систолического объема (КСО) ЛЖ (192,3±24,8 мл). В результате лечения отмечалось уменьшение объемов ЛЖ: сокращение КДО ЛЖ до 259,2±25,8 мл ($p<0,05$), КСО ЛЖ — до 166,7±26,3 мл ($p<0,05$), КДД ЛЖ — до 12,5±1,8 мм рт.ст. ($p<0,05$). Размер ЛП имел тенденцию к снижению на 3% до 4,15±0,6 см ($p>0,05$). Исходно в структуре ННРС преобладали групповая и парная предсердная экстрасистолия, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП) регистрировалась у 5 (13,9%) пациентов. В результате наблюдения и терапии ПА частота регистрации групповой предсердной активности снизилась на 24%, а частота одиночной предсердной экстрасистолы — на 18%. Сократилось число эпизодов ФП на 20%. Также не были зарегистрированы новые эпизоды ФП у пациентов. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ эпизоды безболевой ишемии миокарда исходно определялись у 15 (41,7%) больных, после лечения у больных отмечалось достоверное уменьшение как количества, так и продолжительности эпизодов безболевой ишемии миокарда на 51,5% и 55,6%, соответственно.

Заключение. Применение ПА у пациентов ИБС пожилого возраста оказывает положительное влияние на параметры внутрисердечной гемодинамики, препятствует патологическому ремоделированию ЛЖ, уменьшает эпизоды наджелудочковых нарушений ритма сердца, улучшает клиническое состояние и оказывает, таким образом, кардиопротективное действие.

182 СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Малева О. В., Трубникова О. А., Мамонтова А. С., Барбараш О. Л.

ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель. Изучить связь показателей системного воспаления и нейропсихологического статуса у пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ), в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материал и методы. В исследование включено 42 мужчин, с ишемической болезнью сердца (ИБС), планируемых на КШ. Средний возраст 55,9±5,3 лет. Кроме общепринятых методов обследования каждому пациенту проводилось нейропсихологическое тестирование за 7–10 дней до, на 2-е, 7–10-е сутки после КШ с использованием программного психофизиологического комплекса “Status PF”. Оценивали внимание (корректурная проба Бурдона), память (тесты “запоминание 10 чисел и запоминание 10 слов”), нейродинамику (сложная зрительно-моторная реакция (СЗМР), уровень функциональной подвижности нервных процессов (УФП), работоспособность головного мозга (РГМ)). Показатели системного воспаления оценивали в те же сроки по концентрации в плазме крови цитокинов: ИЛ-1β, 6, 8, 10, 12, фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) с помощью однофазного иммуноферментного анализа методом

ELISA с использованием наборов фирмы Bender MedSystems, Австрия. Для нормальности распределения показатели СРБ и ИЛ были логарифмированы. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программы "Statistica 6.0"

Результаты. До КШ получены положительные ассоциации концентраций СРБ с количеством ошибок при выполнении теста РГМ (r=+0,4, p=0,05), СРБ с количеством пропущенных сигналов в тесте РГМ (r=+0,5, p=0,05), ИЛ-1β с количеством ошибок при выполнении теста СЗМР (r= +0,69, p=0,001), а так же отрицательные ассоциации концентрации ИЛ-1β с количеством переработанных символов на 1-й минуте корректурной пробы (r= –0,59, p=0,034) и ИЛ-8 с временем выполнения теста СЗМР (r=+0,6, p=0,075), ИЛ-12 с количеством ошибок при выполнении теста УФП (r= +0,78, p=0,001). На 2-е сутки после КШ наблюдались положительные ассоциации ИЛ-1β с временем выполнения теста РГМ (r=+0,6, p=0,036), ФНО-α с количеством ошибок при выполнении теста СЗМР (r=+0,7 p=0,004), а так же отрицательные ассоциации ФНО-α с количеством запомненных чисел (r= –0,48, p=0,09) и слов (r= –0,59, p=0,0337) и ИЛ-10 с временем выполнения теста УФП (r= –0,8, p=0,001). На 7–10-е сутки после КШ наблюдались положительные ассоциации ИЛ-8 с количеством ошибок в тесте РГМ (r=+0,9, p=0,037), ИЛ-10 с количеством переработанных знаков на 4-й минуте в тесте Бурдона (r=+0,5, p=0,069), отрицательная ассоциация ИЛ-10 со скоростью выполнения теста РГМ (r= –0,55, p=0,03).

Заключение. Существует связь показателей системного воспаления и показателями когнитивных функций как до, так и после КШ. Более высокие концентрации СРБ, провоспалительных ИЛ и низкие ИЛ-10 ассоциируются с худшими нейропсихологическими показателями у пациентов, перенесших КШ, в условиях ИК.

183 МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРД ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Малик Ю. Ю., Федонюк Л. Я., Семенюк Т. А., Пентелейчук Н. П.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Хорды, которые не крепятся к створкам клапана рассматриваются как аномально расположенные. Их топография и строение влияет на нормальное функционирование клапанного аппарата сердца и его гемодинамику, поэтому и вызывает повышенный интерес к их структурной организации. Изменчивость строения клапанного аппарата сердца, качественные и количественные отклонения от стандартных параметров, обусловленные аномальным развитием соединительной ткани, подтверждаются при исследовании аномально расположенных хорд (АРХ).

Цель. Изучение особенностей морфологического строения структурных компонентов АРХ левого желудочка сердца человека.

Материал и методы. Исследования проведены на АРХ левого желудочка 15 сердец трупов людей, материал исследовался макроскопически и методом световой микроскопии.

Результаты. Мы исследовали 15 сердец, в которых присутствовали АРХ в камерах левого желудочка. При проведенных исследованиях они локализовались между сосочковыми мышцами; сосочковыми мышцами и стенками левого желудочка; сосочковыми мышцами и межжелудочковой перегородкой; стенками левого желудочка и межжелудочковой перегородкой; стенками левого желудочка. Иногда аномальные хорды прикреплялись к двум и более структурам.

При светлооптическом исследовании срезов всех АРХ левого желудочка, окрашенных гематоксилин-эозином с обзорной целью, а также методом Вейгерта-Ван-Гизона для визуализации коллагеновых, эластическихих волокон и дифференциации их с мышечными клетками нами выявлено, что поверхность их была выстлана эндотелием, глубже располагался слой анастомозирующих между собой эластических волокон. Часто АРХ при микроскопическом исследовании имели травматические повреждения, участки фиброзирования. Остов хорд составляли плотно упакованные, прямолинейно ориентированные пучки спиралеобразных коллагеновых волокон. Иногда наблюдалась дезорганизация коллагеновых волокон с разволокнением и фрагментацией их пучков. В большинстве срезов встречались сердечные мышечные клетки, которые переплетались, иногда локализовались островками и часто сопровождались кровеносными сосудами. В некоторых случаях мышечные клетки были только в местах прикрепления, иногда протягивались вдоль всей хорды. В отдельных случаях хорда выглядела как бы разделенной вдоль пополам: одна половина имела соединительно-тканное строение, другая образована мышечным компонентом.

Заключение. Гистологическое строение АРХ требует еще дальнейших морфологических исследований, поскольку их связь с сердечно-сосудистой патологией неоспорима. Эти знания помогут в дифференциальной диагностике патологии клапанного аппарата сердца и в прогнозировании и предупреждении таких осложнений, как разрыв хорд, аритмичный синдром, тромбоэмболия сосудов и др., часто возникающих у лиц, в сердцах которых обнаруживаются АРХ.

184 ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Малхасьян М. В., Павлов П. И., Горгун А. Г.

БУ ХМАО-Югры "Окружная клиническая больница", Ханты-Мансийск, Россия

Цель. Улучшить результаты лечения острого инфаркта миокарда путем применения реолитической тромбэкстракции.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы 200 случаев применения реолитической тромбэктракции у 200 пациентов (130 мужчин, 70 женщин) с острым инфарктом миокарда. Среднее время "симптом-баллон" — 6±4 часа, "дверь-баллон" — 15±8 минут. ОИМ с п.ST — 69% (n=138), ОИМ с з.Q — 31% (n=62). Пациенты в кардиогенном шоке — 36% (n=72). Острый коронарный тромбоз в 100% (n=200). Спасительные ангиопластики выполнены в 11%. Всем пациентам назначался клопидогрель 600 мг. Антагонисты рецепторов гликопротеина IIb/IIIa назначались в 19% (n=38). Использовались системы реолитической тромбэктомии AngioJet 9000, AngioJet Ultra. Покрытые стенты имплантированы в 28% (n=56), непокрытые в 72% (n=144). У всех пациентов прослежены годовые результаты.

Результаты. Первичный технический успех достигнут в 97,5% (n=195). Кровоток TIMI–III достигнут в 79%. Периоперационный регресс ЭКГ симптоматики состоялся в 70%. Эффект slow-, no-reflow после тромбэкстракции прослеживался в 11% (n=22). Во время операции умерло 6 пациентов, все с кардиогенным шоком. В периоперационном периоде фракция выброса у пациентов составляла 43,8±10%. ХСН II–IV (по NYHA) — 12%. Грубых осложнений процедуры не зафиксировано. Эффективность процедуры реолитической тромбэкстракции составила 97%. Клиническая эффективность лечения к моменту выписки в группе исследования составила 100%. MACE — основные события в периоде до 30 суток и до года фиксированы в 5,1% случаев. В течении года после операции ультразвуковые признаки зон гипо-и акинеза миокарда, образование аневризм в зоне инфаркт-связанной артерии зафиксированы у 34 пациентов (17%), во всех случаях имел место массивный тромбоз и протяженное поражение коронарных артерий, среднее время "симптом-баллон" составляло 11±3 часа, итоговый кровоток менее TIMI — II наблюдался у 27 из 34 пациентов.

Заключение. По-видимому, применение современных систем реолитической тромбэкстракции, можно считать обоснованной, безопасной и эффективной методикой реканализации тромбированных коронарных артерий у пациентов с ОИМ в течении 12 часов с момента возникновения первого симптома.

185 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИЙ ВАЛСАРТАНА С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ И ВАЛСАРТАНА С АМЛОДИПИНОМ В СНИЖЕНИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Малышева Е. В., Маянская С. Д., Абдрахманова А. И.

ГБОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

Цель. Сравнить эффективность комбинаций антигипертензивных препаратов в снижении вариабельности артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска

Материал и методы. В исследование включено 61 пациентов (мужского пола) в возрасте от 38 до 62 лет с начальным уровнем артериального давления, соответствующим артериальной гипертензией II–III степени высокого риска, (согласно рекомендациям ВНОК, 2010 г). После рандомизации пациентов в 2 группы, первая группа (n=28) получала комбинацию валсартан+гидрохлортиазид в суточной дозе 160+12,5 мг, вторая — валсартан+амлодипин (n=33) в суточной дозе 160+10 мг в сутки. Всем пациентам проводили СМАД на мониторе Schiller MT-300 (Швейцария) при поступлении и через 12 недель повторно. Результаты исследования обрабатывали в системе статистического анализа "STATISTICA (версия 6.0)".

Результаты. Валсартан в сочетании с гидрохлортиазидом способствовал уменьшению показателей вариабельности срАД в целом за сутки на 2,5 мм рт.ст. (–15,6%, p<0,001) преимущественно за счет дневной составляющей на 2,7 мм рт.ст. (–17,1%, p<0,01). При использовании валсартана в сочетании с амлодипином отмечалось снижение суточной вариабельности срАД на 2,4 мм рт.ст. (–14,1%, p<0,01), как за счет дневных на 2,8 мм рт.ст. (–17%, p<0,001), так и ночных на 2,1 мм рт.ст. (–9,2%, p<0,05) показателей. На фоне комбинации валсартан+гидрохлортиазид вариабельность САД за сутки уменьшалось на 2,9 мм рт.ст. (–15,8%, p<0,01) в основном за счет дневного времени — на 3,1 мм рт.ст. (–19,1%, p<0,05). В группе валсартан+амлодипин вариабельность САД за сутки в целом понижалась на 3,3 мм рт.ст. (–16,2%, p<0,01) на фоне уменьшения преимущественно за ночной период суток на 4,0 мм рт.ст. (–18,6%, p<0,001). При применении как валсартана в сочетании с гидрохлортиазидом, так и валсартана с амлодипином суточные показатели ДАД уменьшались преимущественно за счет дневных значений — на 3,2 мм рт.ст. (–22,1%, p<0,01).

Заключение. При применении комбинаций валсартана с гидрохлортиазидом у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска отмечалось снижение вариабельности срАД, преимущественно за счет дневных значений, а в группе валсартана с амлодипином за счет дневных и ночных показателей. При использовании валсартана с гидрохлортиазидом или амлодипином вариабельность ДАД уменьшалась за счет дневных величин, тогда как вариабельность САД снижалась на фоне комбинации валсартана+ гидрохлортиазид, в основном в дневное время суток, а при применении комбинации валсартан+амлодипин — за счет ночной составляющей.

186 ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ВЫБОР ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯМИ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Маль Г. С., Звягина М. В., Летова И. М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Изучение вклада генетических маркеров в достижении индивидуального гиполипидемического эффекта на примере статинов различных поколений у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца с атерогенными гиперлипидемиями.

Материал и методы. Под наблюдением находились 98 больных ИБС с первичной изолированной и сочетанной гиперлипидемией (ГЛП) в возрасте от 41 до 60 лет, из них 28 пациентов составили контрольную группу. Средний возраст в исследуемой и контрольной группах был сопоставим: 55,7±2,9 и 56,2±3,1 лет. Фармакологическая коррекция заключалась в назначении пациенту ингибитора ГМГ-КоА-редуктазы второго поколения (симвастатина) в дозе 40 мг в сутки или четвертого поколения (розувастатин) в дозе 10 мг в сутки.

Результаты. В результате изучения динамики показателей липид-транспортной системы в группе больных ИБС с изолированной и сочетанной ГЛП при фармакотерапии статинами выявлены позитивные изменения со стороны липидов сыворотки крови. Благодаря фармакологической коррекции статином второго поколения удалось достичь целевого уровня ХС ЛНП у 55,6% пациентов при изолированной ГЛП и у 45,5% пациентов при сочетанной ГЛП. Целевых значений ХС ЛНП удалось достичь у 71,4% и 63,2% пациентов, соответственно, в группах с изолированной и сочетанной ГЛП при использовании монотерапии розувастатином. В исследовании были изучены аллельные варианты гена MDR1 по полиморфному маркеру C3435T, ответственного за метаболизм лекарственных препаратов на примере статинов. Выявлено, что среди пациентов изучаемой субпопуляции генотип CT преобладал над TT и CT. Наиболее выраженный эффект симвастатина наблюдался у лиц, страдающих ИБС с атерогенными гиперлипидемиями, несущих генотип TT по сравнению с пациентами, имеющими CT и CC. Не было обнаружено связи между полиморфным маркером C3435T гена MDR1 и развитием большего гиполипидемического эффекта розувастатина у пациентов с генотипом TT.

Заключение. Аллельный вариант TT гена MDR1 у больных, страдающих ИБС с атерогенными гиперлипидемиями является генетическим фактором, предрасполагающим к большей эффективности симвастатина, однако не влияет на степень выраженности эффекта розувастатина.

187 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У СПОРТСМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Масленникова О. М., Резниченко Т. А., Мегерян С. Д., Лобза Г. А.

ФГБУ "Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна", Москва, Россия

Цель. Предложить комплексный подход к оценке функционального состояния организма спортсменов с пролапсом митрального клапана.

Материал и методы. Был обследован 537 спортсмен (328 юношей и 209 девушек), средний возраст 22,4±1,2 года. Основную группу составили спортсмены с пролапсом митрального клапана (ПМК) (136 человек, из них 76 юношей и 60 девушек). Спортсмены без ПМК вошли в контрольную группу (401 человек, 252 юноши и 149 девушек). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Для комплексной оценки индивидуальной адаптации организма спортсменов нами был предложен индекс функционального состояния (ИФС), представляющий собой сумму условных единиц по десяти показателям, характеризующих состояние гемодинамики, респираторной системы, иммуннореактивного статуса, минерального обмена, гормонального баланса. Составляющими ИФС были показатели красной крови (ретикулоциты), иммунного состояния (лейкоциты, лимфоциты, иммуноглобулины G (Ig G), субпопуляция лимфоцитов CD4+ (Т-хелперы)), гормоны (кортизол), минералы крови (магний, кальций), сердечный ритм и состояние миокарда по данным ЭКГ, интегральный показатель состояния респираторной системы (форсированная жизненная емкость легких). Состояние механизмов адаптации расценивалось как

удовлетворительное (ИФС равен 0–2), напряженное (ИФС равен 3–8) и неудовлетворительное (ИФС 9 и более). Исследование функциональных резервов организма проводилось до начала основного тренировочного процесса, после отпуска.

Результаты. Удовлетворительное функциональное состояние организма было определено у 40,7% юношей и 39,8% девушек с ПМК (в контрольной группе, соответственно, 48% и 43,4%). У большинства спортсменов функциональное состояние расценено как напряженное — у 55,6% юношей и 57,3% девушек с ПМК, в контрольной группе таких спортсменов было меньше (соответственно, 49,1% и 54,5%). Неудовлетворительное состояние адаптационных резервов выявлено у 3,7% юношей и 2,9% девушек с ПМК (в контрольной группе, соответственно, 2,9% и 2,1%).

Заключение. Таким образом, предложенный индекс функционального состояния у лиц, профессионально занимающихся спортом, позволяет объективно оценить состояние адаптационных возможностей организма в процессе тренировочного и соревновательного процесса. Ответ системы адаптации у спортсменов с ПМК на физическую нагрузку может носить как компенсаторный, так и патологический характер. Индекс функционального состояния является маркером процесса адаптации организма на физическую нагрузку спортсмена с ПМК. Выявление у спортсмена напряженного или неудовлетворительного функционального состояния должно стать поводом к пересмотру характера и интенсивности тренировочного процесса, а также к более активному применению реабилитационных программ.

188 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ 2 НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С.А.
Медико-психологический центр “Семь’Я”, Рязань, Россия

Процесс ацетилирования осуществляется в основном ферментом N-ацетилтрансферазой 2 (NAT2) и может зависить от аллельных вариантов гена NAT2. Реакция ацетилирования является ключевой в превращении ацетилкоэнзима А (ацетил-КоА) в ацетоацетилкоэнзим А (ацетоацетил-КоА) и необходима для синтеза холесторола.

Цель. Оценить взаимодействия между показателями ацетиляторного статуса: 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 (ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Обследованы 102 пациента (мужчины, средний возраст 48,9±0,6 г.) с ИБС, ССН I–IV функционального класса (ФК) и МС. Комплексное обследование включало сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Проводили анализ взаимодействий каждого отдельного показателя ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Результаты. Проведенный многофакторный корреляционный анализ позволил установить, что у мужчин с ИБС, ССН и МС между показателями варианты, ≤10% перцентиля и >90% перцентиля ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и значениями варианты, ≤10% перцентиля и >90% перцентиля липидного спектра сыворотки крови (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ), соответственно, определяется достоверная сильная положительная (прямая) ассоциация. Отрицательная (реципрокная) достоверная корреляция выявлена между показателями ≤10 перцентиля ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и >90% липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ); также между значениями >90 перцентиля ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и ≤10 перцентиля липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) отмечена достоверная отрицательная зависимость.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о гетерогенности взаимодействий показателей ацетиляторного статуса и липидного спектра сыворотки крови. Параметры ацетиляторного статуса достоверно прямо (положительно) и обратно (отрицательно) ассоциируются с показателями липидного метаболизма.

Показано, что ацетиляторный статус, с одной стороны, суммарно отражает энергетические процессы в организме (цикл Кребса), с другой — свидетельствует о полиморфизме фермента NAT2, ассоциированного с генотипом NAT2 гена у пациентов с ИБС и МС. Вероятно, “медленные” аллельные варианты гена NAT2 способствуют снижению уровня фермента N-ацетилтрансферазы, замедляя реакцию превращения ацетил-КоА в ацетоацетил-КоА и нарушая многоэтапную цепь синтеза холестерола.

Заключение. Определение фенотипов медленных/быстрых/промежуточных ацетиляторов, наряду с диагностикой липидных изменений, способствует прогнозированию течения сердечно-сосудистых заболеваний и проведению соответствующей коррекции метаболических нарушений.

189 ГЕТЕРОГЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГЛЮКОЗОЙ КРОВИ И АЦЕТИЛЯТОРНЫМ СТАТУСОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.
Медико-психологический центр “СемьЯ”, Рязань, Россия

Цель. Оценка взаимосвязей между глюкозой крови и показателями ацетиляторного статуса: степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО), по данным многофакторного корреляционного анализа, у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Проведено обследование 108 пациентов (женщин, средний возраст 54,9±0,7 г.) с ИБС, ССН I–III функционального класса (ФК), МС и СД 2 типа. Всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее (сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы) исследования, позволившие диагностировать ИБС, СН, МС и СД 2 типа.

Результаты. Проведённый корреляционный анализ взаимосвязей показателей глюкозы крови и ацетиляторного статуса позволил выявить следующее: у женщин с ИБС, ССН, МС и СД 2 типа между значениями варианты, ≤10 перцентиля и >90 перцентиля глюкозы и показателями варианты, ≤10 перцентиля и >90 перцентиля СТАЦК определяется достоверная сильная положительная (прямая) корреляция с $r=+0,98$, $r=+0,77$, $r=+0,99$, соответственно, ($p<0,001$). Отрицательная (реципрокная) достоверная ассоциация $r= -0,74$ ($p<0,001$) обнаруживается между показателями ≤10 перцентиля глюкозы и >90 перцентиля СТАЦК; между значениями >90 перцентиля глюкозы и ≤10 перцентиля СТАЦК также определяется отрицательная (реципрокная) достоверная корреляция с $r= -0,97$ ($p<0,001$). Соответствующие значения варианты, ≤10 перцентиля и >90 перцентиля глюкозы и варианты, ≤10 перцентиля и >90 перцентиля САЦСПО достоверно коррелировали с $r=+0,99$, $r=+0,81$, $r=+0,94$ ($p<0,001$). Между значениями ≤10 перцентиля глюкозы и >90 перцентиля САЦСПО отмечена отрицательная (реципрокная) корреляция с $r= -0,60$ ($p<0,05$);

между значениями >90 перцентиля глюкозы и ≤10 перцентиля САЦСПО выявлена отрицательная (реципрокная) корреляция с r= –0,98 (p<0,001).

Заключение. Показатели глюкозы крови и ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО у женщин с ИБС, ССН, МС и СД 2 типа достоверно коррелировали: положительно (прямо) или отрицательно (реципрокно). Полученные данные указывают на гетерогенность взаимосвязей показателей глюкозы крови и ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО, что следует учитывать при проведении диагностики и лечении пациентов с ИБС, ССН, МС и СД 2 типа.

190 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ СОННЫХ АРТЕРИЙ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Матросова И. Б., Мельникова Е. А., Олейников В. Э.
ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет", Пенза, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ показателей локальной жесткости в группе нормотензивных лиц и больных ишемической болезнью (ИБС) сердца в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени.

Материал и методы. Обследовано 20 здоровых добровольцев: 17 женщин и 3-е мужчин (средний возраст — 53,8±4,4 года), а также 20 пациентов с ИБС в сочетании с АГ (10 мужчин и 10 женщин; средний возраст — 55,7±5,8 лет). Показатели офисных значений систолического и диастолического артериального давления в группе нормотензивных лиц составили 118,5 ±9,1 и 75 (70; 80) мм рт.ст., в группе больных ИБС в сочетании с АГ — 149,1±11,6 и 100 (90;100) мм рт.ст., соответственно. Локальную сосудистую ригидность и толщину комплекса интима-медиа сонных артерий оценивали с помощью ультразвукового исследования с использованием технологии eTracking (функции RF-QIMT, RF-QAS) по показателям: CC-коэффициент податливости, индекс жесткости — β, PWV — локальная скорость пульсовой волны в сонной артерии, QIMT-величина комплекса интима-медиа.

Результаты. Индекс жесткости β в группе здоровых лиц составил — 8,0±2,7, PWV в сонной артерии — 6,5±1,1 м/с, CC — 0,87±0,29 mm^2/kPa, QIMT справа и слева — 620,7±91,8 и 613,8±87,5 μm, соответственно. В группе больных ИБС в сочетании с АГ большинство показателей локальной ригидности были достоверно выше, чем в группе контроля: индекс β — 15,4±6,1, PWV в сонной артерии — 10,3±1,8 м/с, QIMT справа и слева — 767±144,9 и 794,8±224,3 μm, соответственно. Значения коэффициента податливости CC достоверно не отличались от группы здоровых лиц и составили 0,78±0,39 mm^2/kPa.

Заключение. Ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией ассоциируется с выраженным повышением жёсткости сонных артерий и увеличением толщины комплекса интима-медиа по результатам ультразвукового исследования с использованием технологии eTracking.

191 ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Мацкевич С. А.[1], Барбук О. А.[1], Бельская М. И.[1], Серченя Т. С.[2]
[1]Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск; [2]Институт биоорганической химии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Цель. Выявить и оценить взаимосвязь хронической сердечной недостаточности (ХСН) с дисфункцией почек

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов (средний возраст 63,0±7,27 года) с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН ФК III (по NYHA), и признаками дисфункции почек. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппарате Vivid–7 (GE, США-Бельгия). Биохимические исследования проводили на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (норма 0,57–1,05 мг/л), концентрацию креатинина — с использованием наборов Bckman (норма 44,0–110,0 мкмоль/л), содержание NT-proBNP — на иммуноферментном анализаторе mini Vidas (норма до 125 пг/мл). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина (в мл/мин/1,73 м^2) определяли по формуле Cockroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С — по формуле: СКФ (мл/мин/1,73м^2) = –4,32+80,35/цистатин С. Для определения микроальбуминурии (МАУ) в моче использовался анализатор Olympus, микроальбумин–OSR 6167, для определения альфа-1-микроглобулина (A1M) в моче — метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-A1M. Значение A1M выше 12 мг/л считалось патологическим.

Результаты. Содержание NT-proBNP в среднем составило 417,9±56,4 пг/мл, фракция выброса ЛЖ — 49,72 ± 3,66%. Средние значения креатинина и цистатина С не превышали их нормальных значений: 105,8±12,8 мкмоль/л и 1,0±0,15 мг/л, соответственно. Однако, повышенный уровень цистатина С определялся в 1,6 раза (p<0,01) чаще повышенного уровня креатинина. Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С ниже нормальных значений и составляют, соответственно, 75,9±12,4 и 77,2±12,5 мл/мин/1,73 м^2. Умеренное снижение СКФ по цистатину С (СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м^2) отмечалось у 26,7%, легкое снижение (СКФ 60–89 мл/мин/1,73 м^2) — у 56,7% пациентов. Таким образом, большинство пациентов с ХСН ФК III (83,4%) имели легкое или умеренное нарушение клубочковой фильтрации. Повышенный уровень A1M в моче выявлен у 40% пациентов, МАУ — в 26,7% случаев. Выявлена прямая корреляционная зависимость между МАУ и A1M (r=0,55, p<0,01), между фракцией выброса ЛЖ и показателем СКФ, определяемой по уровню цистатина С (r=0,55, p<0,05), а также отрицательная корреляционная взаимосвязь фракции выброса ЛЖ с уровнем цистатина С (r=–0,57, p<0,05) и МАУ (r=–0,51, p<0,05).

Заключение. Выявленные изменения свидетельствуют о взаимосвязи нарушения функции почек со снижением насосной функции сердца и, соответственно, со степенью выраженности ХСН. Очевидно, дисфункцию почек можно рассматривать как фактор прогрессирования ХСН.

192 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОДВЕРГНУТЫХ ТРОМБОЛИЗИСУ

Мензоров М. В.[1], Шутов А. М.[1], Климова Т. В.[2], Михайлова Е. В.[1], Морозова И. В.[1]
[1]Ульяновский государственный университет, Ульяновск; [2]ГУЗ "Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска", Ульяновск, Россия

Цель. Изучить факторы риска развития острого повреждения почек (ОПП) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) при использовании с целью реперфузии тромболитической терапии (ТЛТ).

Материал и методы. Обследовано 292 больных ОИМпST, которым была выполнена ТЛТ. При этом, у 170 (70%) пациентов применялась стрептокиназа, а у 122 (30%) — альтеплаза. Мужчин было 183 (79%), женщин — 49 (21%), средний возраст составил 57±11 лет. В исследование включены только те больные, которым по тем или иным причинам не выполнялась коронарография, что позволяет исключить влияние на развитие ОПП рентген-контрастных препаратов. Диагностику ОИМпST, наличие показаний и противопоказаний для проведения ТЛТ, оценку ее эффективности осуществляли согласно Рекомендаций ВНОК (2007). ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендаций KDIGO (2012). Мы не располагали информацией о креатинине сыворотки до заболевания, поэтому исходным считали уровень креатинина в момент госпитализации, до проведения КТ, оценивали его

изменение в динамике через 48 часов. Диагностика ОПП по диурезу была трудно выполнима, поскольку у большинства больных не было показаний для постоянной катетеризации мочевого пузыря и почасовой учет диуреза был затруднен.

Результаты. Время от появления клиники инфаркта миокарда до госпитализации составило 2,5 (ИКР:1,67–4,00) часа. Тромболизис был эффективен у 213 (73%) больных. ОПП диагностировано у 72 (25%) пациентов с ОИМпST. У 58 (20%) больных диагностирована 1 стадия, у 12 (4%) — 2 стадия и у 2 (1%) — 3 стадия ОПП. Логистический регрессионный анализ показал, что факторами риска развития ОПП были: ожирение (относительный риск 2,7 при 95% доверительном интервале от 1,0 до 6,8; p=0,039), использование в качестве тромболитика стрептокиназы (относительный риск 2,1 при 95% доверительном интервале от 1,3 до 3,6; p=0,0001), неэффективный тромболизис (относительный риск 2,6 при 95% доверительном интервале от 1,2 до 5,6; p=0,01), риск смерти по шкале Grace во время госпитализации более 6% (относительный риск 2,2 при 95% доверительном интервале от 1,0 до 4,7; p=0,049). Среди больных с ОПП, почти половина — 32 (44%) имела исходную СКФ менее 60 мл/мин/1,75м^2, тогда как среди пациентов без ОПП таких было только 67 (30%), причем разница была достоверна (p=0,03). В период госпитализации умерло 18 (6%) пациентов. При этом, вероятность внутригоспитальной летальности была выше у пациентов с ОПП, чем у остальных больных (относительный риск 6,9 при 95% доверительном интервале от 1,2 до 40,0; p=0,02).

Заключение. Четверть больных ОИМпST, которым проводился тромболизис, имели острое повреждение почек. Ожирение, использование стрептокиназы в качестве тромболитического препарата, неэффективность ТЛТ, риск смерти по шкале Grace во время госпитализации более 6% — были факторами риска развития ОПП. Среди больных ОИМпST с ОПП внутригоспитальная летальность выше, чем у остальных пациентов.

193 ДИНАМИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Меньшикова И. Г., Магаляс Е. В., Скляр И. В., Леванова Т. В.
ГБОУ ВПО “Амурская государственная медицинская академия”, Благовещенск, России

Цель. Изучение медико-социальной эффективности комплексной терапии больных артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 245 больных АГ, с последующим проспективным наблюдением за ними в течение 12 месяцев. По половому признаку преобладали женщины — 65,7%, мужчин было 34,3%. Средний возраст обследованных больных составил 48,6±1,8 лет. Всем пациентам в динамике проводилось комплексное клинико-инструментальное исследование, оценивались медико-социальные показатели, отражающие течение АГ. Обучение в школе здоровья проводилось согласно информационно-методического пособия для врачей “Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией” под редакцией Р.Г. Оганова (М., 2008). В лечении пациентов 1-й группы (n=149) использовалась комплексная терапия АГ, включающая антигипертензивные препараты и обучение в школе здоровья, больные 2-й группы (n=96) получали только медикаментозное антигипертензивное лечение. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программы STATISTICA (data analysis software system), версия 6.0 (StatSoft, Inc., 2001, http: //www.statsoft.com).

Результаты. Эффективный контроль АД, регулярный прием гипотензивных препаратов, модификация факторов риска позволили к 12-му месяцу наблюдения у больных, прошедших обучение в школе здоровья, добиться регресса признаков гипертрофии левого желудочка. Через 12 месяцев после курса обучения у пациентов 1-й группы отмечалось снижение количества госпитализаций в 2,8 раза (Т-критерий Вилкоксона, p=0,001). При изучении частоты посещений амбулаторных приемов по поводу дестабилизации состояния (обострений АГ) в течение 12 месяцев наблюдения у данных больных выявлено статистически значимое сокращение количества обострений и частоты посещений амбулаторных приемов в 2,5 и 1,7 раза, соответственно. Сокращение количества госпитализаций и посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в связи ухудшением течения АГ способствовало снижению числа случаев и дней временной утраты трудоспособности (Т-критерий Вилкоксона, p=0,001) в 2,3 и 2,4 раза, соответственно, у пациентов 1-й группы. Проведение образовательного курса для больных АГ способствовало достижению эффективного контроля над заболеванием, что привело к уменьшению частоты вызовов скорой медицинской помощи (Т-критерий Вилкоксона, p=0,001) в 2,5 раза. У пациентов 2-й группы, не проходивших обучение в школе здоровья, наблюдалось ухудшение медико-социальных показателей течения АГ, что связано с низкой приверженностью больных к лечению.

Заключение. Таким образом, комплексное лечение больных АГ, включающее медикаментозную терапию и обучающие программы, является обоснованным с позиции медико-социальной эффективности.

194 ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Меньшикова И. Г., Леванова Т. В., Скляр И. В., Квасникова Ю. В.
ГБОУ ВПО “Амурская государственная медицинская академия”, Благовещенск, Россия

Цель. Изучение изменений легочной и внутрисердечной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС), в сочетании с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Обследовано 97 больных ХОБЛ, осложненной ХЛС. Средний возраст пациентов составил 63,1±2,3 лет. В первую группу включены 44 больных ХОБЛ, осложненной компенсированным ХЛС. Во вторую группу вошли 53 пациента ХОБЛ с компенсированным ХЛС, у которых был диагностирован ОКС. Контрольную группу составили 20 практических здоровых лиц.

Комплексное обследование гемодинамики проводили на ультразвуковом аппарате XD-11 XE “PHILIPS” (США) в М-, В-, допплеровском режимах и цветового картирования потоков. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) определяли по скорости струи трикуспидальной регургитации (постоянно-волновой допплер). Определяли конечно-диастолический объем правого желудочка (КДО ПЖ, мл), конечно-систолический объем ПЖ (КСО ПЖ, мл), ударный объем ПЖ (УИ ПЖ), минутный объем ПЖ (МО, л/мин), ударный индекс ПЖ (УИ ПЖ мл/м^2), сердечный индекс ПЖ (СИ ПЖ мл/м^2), фракцию выброса ПЖ (ФВ ПЖ,%). Диастолическую функцию ПЖ оценивали путем анализа транстрикуспидального кровотока.

Результаты. В результате исследования у больных первой группы выявлено повышение СДЛА до 40,6±1,27 мм рт.ст. (p<0,01), увеличение КДО ПЖ до 130,5±3,06 мл (p<0,01), КСО ПЖ до 62,9±2,87 мл (p<0,001), умеренное снижение ФВ ПЖ до 51,8±2,08% (p<0,01). УИ ПЖ и СИ ПЖ существенно не отличались от показателей здоровых лиц. У больных второй группы наблюдалось повышение СДЛА до 44,3±1,46 мм рт.ст. (p<0,05), КДО ПЖ до 135,7±2,17 мл (p<0,01), КСО ПЖ до 83,6±3,50 мл (p<0,01), уменьшение УИ ПЖ до 32,4±1,72 мл/м^2 (p<0,05), СИ ПЖ — 2,75±0,07 л/мин/м^2 (p<0,05), ФВ ПЖ — до 40,7±1,83% (p<0,01). Изучение транстрикуспидального потока выявило значительное нарушение диастолической функции ПЖ. У больных второй группы достоверно по сравнению с первой группой была снижена максимальная скорость потока крови в фазу быстрого раннего наполнения ПЖ (Е ПЖ)

до 0,43±0,04 м/с (p<0,05), отмечалась тенденция к увеличению максимальной скорости кровотока в позднюю диастолу ПЖ до 0,40±0,04 м/с и 0,38±0,03 м/с, соответственно. При этом в обеих группах выявлено снижение соотношения Е/А, более выраженное во второй группе и составило 1,21±0,08 и 1,03±0,05 (p<0,05), соответственно.

Заключение. Таким образом, у больных ХОБЛ, осложненной компенсированным ХЛС в сочетании с острым коронарным синдромом выявлены выраженные нарушения легочной и внутрисердечной гемодинамики с прогрессированием диастолической и систолической дисфункции ПЖ и сердечной недостаточности.

195 ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Мизурова Т. Н., Светлова Н. А., Токарева З. Н.

БУ "Республиканский кардиологический диспансер" Минздравсоцразвития Чувашии; БУ "Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации" Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары, Россия

В Чувашской Республике реализуется целенаправленная стратегия борьбы с сердечно-сосудистой патологией с учетом ее медико-социальной значимости — комплексная система мер профилактики, лечения и реабилитации лиц с повышенным артериальным давлением подпрограммы "Артериальная гипертония" федеральной и республиканской целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Чувашской Республике (2008–2011 годы)", принятой постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 21 августа 2007 г. № 205; Республиканская целевая программа "Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи на 2011–2020 гг." (подпрограмма "Кардиохирургия"), Республиканская целевая программа "Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Чувашской Республики на 2013–2015 годы", а так же гигиеническое обучение и воспитание населения в виртуальных Школах здоровья на медпортале "Здоровая Чувашия". Ожидаемые конечные результаты программы: снижение смертности от болезней системы кровообращения — до 596,3 на 100 тыс. населения; снижение смертности от инфаркта миокарда — до 36,0 на 100 тыс. населения.

С целью достижения этих результатов в республике утверждены порядки: об оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Чувашской Республике (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 16.10.2013 № 1791), об организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и инфарктом миокарда в Чувашской Республике (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 14 февраля 2013 г. № 219).

Методы и средства. С целью повышения мотивации больных к лечению, борьбы с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, обучения самоконтроля за артериальным давлением организованы и успешно реализуются такие Школы здоровья как: Школа больных с артериальной гипертонией, Школа коронарного больного, Школа для больных с сердечной недостаточностью, Школа атеротромбоза. В 2013 г. в них прошли обучение более 33 тыс. пациентов. Программа обучения включает 5 основных разделов по следующим темам: что надо знать об артериальной гипертонии, ожирение и артериальная гипертония, физическая активность и здоровье, стресс и здоровье, как повысить приверженность пациентов к лечению.

Занятия имеют единую структуру: вводная часть, информационная, активная форма обучения, заключительная часть занятия. Обучение проводят врачи кардиологи, терапевты, психотерапевты, неврологи, социальные работники, средний медицинский персонал поликлиник и отделений общей врачебной практики. Форма занятий — интерактивный семинар в виде свободного диалога. Слушатели Школы наблюдаются врачом, ведут индивидуальный дневник самоконтроля, проходят необходимые лабораторные и инструментальные исследования согласно стандартам.

Заключение. В целом об эффективности работы Школ здоровья с сердечно-сосудистыми заболеваниями свидетельствует снижение уровня госпитализации на 7–9%, числа направленных к врачам-специалистам на 11–12%, снижение количества вызовов скорой помощи на 8–10%.

196 ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Минаков Э. В., Овсянникова В. В.

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

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) прочно удерживают первенство в рейтинге самых распространенных и опасных патологий нашего времени. Избыточная масса тела положительно коррелирует с уровнем артериального давления (АД), возрастом, содержанием холестерина и триглицеридов в плазме крови. Атеросклеротическое изменение сосудистой стенки ведет к ее утолщению, потере эластичности и способности к дилатации.

Цель. Оценить гемодинамические показатели жесткости сосудистой стенки у больных артериальной гипертонией (АГ), ассоциированной с хроническими заболеваниями почек, с помощью метода объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) и возможность их использования в диагностике снижения эластичности сосудов.

Материал и методы. Было обследовано 48 больных АГ, ассоциированной с хроническими заболеваниями почек, где 25 больных (52%) имели нормальный индекс массы тела по Кетле (ИМТ 18,5–24,9 кг/м^2) и 23 больных (48%) страдали ожирением (ИМТ более 30 кг/м^2). Кроме того, было обследовано 16 больных хроническими заболеваниями почек, не осложненных синдромом АГ. Все больные находились в возрасте от 29 до 64 лет (средний возраст 48 лет). Регистрация показателей жесткости сосудов проводилась методом ОКО, реализованным в программно-аппаратном комплексе АПКО-8-РИЦ-М, имеющим возможность определить неинвазивным способом 18 гемодинамических параметров ССС.

Результаты. При анализе полученных данных методом ОКО у больных АГ, ассоциированной с хроническими заболеваниями почек, и ожирением наблюдались самые высокие показатели скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), линейной скорости кровотока (ЛСК) и значительное снижение податливости сосудистой системы. Такие изменения показателей жесткости сосудистой стенки у больных АГ, ассоциированной с заболеваниями почек, и ожирением позволяет предполагать, что снижение эластичности сосудистой стенки быстрее прогрессирует у больных, имеющих метаболические нарушения и признаки атеросклероза сосудов. У больных АГ и хроническими заболеваниями почек выявлены изменения гемодинамики, выражающиеся в склонности к увеличению СРПВ, удельного периферического сопротивления сосудов (УПССф/УПССр), более высоком показателе ЛСК и тенденции к снижению податливости сосудистой системы по сравнению с группой больных хронической почечной патологией, не осложненных синдромом АГ. В группе больных, не страдающих АГ, СРПВ, ЛСК и податливость сосудистой системы находились в пределах нормальных значений, т.е. по данным показателям не было выявлено снижения эластичности сосудистой стенки.

Заключение. 1. Метод ОКО определяет информативные параметры и имеет возможность применяться в диагностике

снижения эластичности сосудистой стенки при АГ, ассоциированной с хроническими заболеваниями почек. 2. Увеличение показателей СРПВ, ЛСК и уменьшение податливости сосудистой системы при АГ, ассоциированной с хроническими заболеваниями почек, способно характеризовать снижение эластичности сосудистой стенки.

197 ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРАСТИРОВАННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА В ПРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ РЕГРЕССА НЕТРАНСМУРАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДЕСИМПАТИЗАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Мочула О. В., Ситкова Е. С., Баев А. Е., Мордовин В. Ф., Усов В. Ю.

ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Изучить возможности и адаптировать методику контрастированной магнитно-резонансной оценки субэндокардиального повреждения миокарда у пациентов с резистентной артериальной гипертензией и выраженной гипертрофией левого желудочка в динамике их лечения методом десимпатизации почечных артерий.

Материал и методы. Для оценки субэндокардиального повреждения миокарда было обследовано 12 пациентов с резистентной АГ и выраженной гипертрофией ЛЖ (ГЛЖ) в динамике лечения методом десимпатизации почечных артерий. Пациенты обследовались в два этапа: исходно, до лечения и через 6 месяцев проводилась МРТ сердца с контрастированием парамагнетиками. Сначала, МРТ проводилось в Т 1-взвешенном режиме, с синхронизацией по ЭКГ на конец диастолы с получением срезов по длинной и короткой осям ЛЖ. Толщина среза 7–8 мм, TE=20 мс, TR=420–570 мс, TI в пределах 240–320 мс. Контрастированное МР-исследование сердца выполнялось спустя 8–15 минут после внутривенного введения контрастного препарата Омнискан в дозе 2 мл 0,5 М р-ра /10 кг массы тела. По данным МРТ рассчитывались посегментно величины толщины миокарда ЛЖ, локализация и объем включения контраста, индекс усиления интенсивности сигнала и масса миокарда ЛЖ. Расчет индексов усиления интенсивности Т 1-ВИ выполнялся как отношение интенсивности сигнала после контрастирования к интенсивности сигнала до контрастирования. Масса миокарда рассчитывалась по формуле R. B. Devereux и N. Reichek.

Результаты. В дооперационном периоде субэндокардиальное включение контраста определялось в области перегородки при ее толщине >12 мм; в области боковой стенки ЛЖ включение верифицировано у 5 пациентов при толщине >18 мм, в области базальной стенки верхушки ЛЖ у 1 пациента при толщине > 15 мм, в области передней стенки ЛЖ у 3 при ее толщине > 15 мм. Объем субэндокардиальной зоны включения контраста составлял 2,1 ± 1,3 $см^3$, составляя до 1/3 толщины миокарда ЛЖ, тогда как после лечения 0,74 ± 0,73 $см^3$. Кроме того, после РЧА наблюдалось снижение ММ ЛЖ у всех пациентов с 262,45 ± 69,61 г до 232,59 ± 66,55 г. Спустя 6 месяцев после РЧА ПА отмечалось уменьшение субэндокардиального накопления парамагнетика, с полным исчезновением у 3 из 12 пациентов. Величина индекса усиления интенсивности сигнала миокарда в среднем составляла 1,83 ± 0,33 до лечения и снижалась до 1,72 ± 0,73 после РЧА ПА, что наблюдалось у 70% пациентов.

Заключение. МРТ с использованием отсроченного контрастирования — эффективный метод выявления и контроля нетрансмурального повреждения миокарда при ГЛЖ у пациентов с медикаментозно-резистентной АГ. По данным контрастированной МРТ РЧА ПА приводит к достоверному регрессу ГЛЖ и снижению субэндокардиального повреждения миокарда.

198 ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ В 2010–2013 ГОДАХ

Мощенко Ю. П.[1], Сапотницкий А. В.[2]

[1]УЗ "Барановичская детская городская больница", Барановичи; [2]УО "Белорусский государственный медицинский университет", Минск, Беларусь

Цель. Изучение структуры заболеваний сердечно-сосудистой системы и динамики ее изменений в 2010–2013 годах у детей и подростков, которые находятся на диспансерном учете в кардиоревматологическом кабинете детской городской поликлиники города Барановичи.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор следующей медицинской документации: амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники № 1 Баранович в 2010–2013 годах, а также годовых статистических отчетов.

Результаты. На протяжении последних четырех лет врожденные пороки сердца (ВПС) имеются у более 75% детей и подростков, состоящих на диспансерном учете. Абсолютное число пациентов с ВПС имеет тенденцию к возрастанию: в 2010 году на учете состояло 284 ребенка (что составило 76,1% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), в 2011–298 детей (75,6%), в 2012–300 детей (79,8%), а в 2013–328 (78,1%).

Число пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, в частности, ювенильным ревматоидным артритом, острой ревматической лихорадкой, другими коллагенозами было таким: 20 детей в 2010 году (5,4% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 22 ребенка в 2011 году (5,6%), 23 в 2012 (6,0%), 19 пациентов в 2013 (4,5%). Несмотря на отсутствие тенденции к росту, дети и подростки с наличием этих инвалидизирующих заболеваний составляют значительную часть работу кардиоревматолога.

В 2010 году под наблюдением состояло 35 детей и подростков с нарушениями сердечного ритма и проводимости (9,4% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), в 2011 году — 42 ребенка (10,7%), в 2012–28 детей году (7,5%), в 2013–41 пациент (9,7%). Важно отметить, что относительное и абсолютное возрастание в прошедшем году произошло за счет увеличения числа детей со стойкими нарушениями проведения импульса — в 2013 году было принято на диспансерный учет 13 таких пациентов.

С подтвержденной артериальной гипертензией на учете состояло 15 детей в 2010 году (4%), 18 в 2011 (4,6%), 10 детей в 2012 году (2,7%) и 16 детей в 2013 году (3,8%).

Заключение. Ведущее место в нозологической структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и подростков продолжают занимать ВПС. Отмечены стабилизация числа пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани и артериальной гипертензией, а также тенденция к росту числа детей и подростков с нарушения ритма и проводимости.

199 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ В АНАМНЕЗЕ

Мравян С. Р., Петрухин В. А., Пронина В. П., Федорова С. И.

ГБУЗ МОНИИАГ, ГБУЗ МОНИКИ, Москва, Россия

Цель. Разработка рациональных подходов, основанных на клинико-функциональном обследовании, тактики ведения беременности и родов пациенток, оперированных ранее на сердце.

Материал и методы. Обследовано 53 беременных на различных сроках гестации и в послеродовом периоде с помощью эхокардиографии, электрокардиографии (ЭКГ), суточного мониторированеия ЭКГ по Холтеру.

Результаты. Группу беременных низкого риска составили 54 пациентки с хорошим результатом кардиохирурической опера-

ции. Основное большинство составили беременные после пластики или ушивания септальных дефектов (22 пациентки), вальвулопластки аортального стеноза и стеноза легочной артерии (6 пациенток), резекции коарктации аорты (15 пациентки), перевязки открытого артериального протока (3 пациентки), радикальной коррекции тетрады Фалло (8 больных). Динамическое ЭхоКГ наблюдение выявило незначительное увеличение за время беременности объемов предсердий и желудочков на 4–7 мм, градиента давления — на 10–15 мм рт.ст. 48 пациенток (89%) родоразрешены на доношенном сроке беременности через естественные родовые пути. Проведение операции резекции коарктации аорты 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.

Группу женщин с промежуточным риском составили 5 беременных, перенесших радикальную операцию на сердце с удовлетворительным эффектом (исходно размер левого предсердия составил 3,3±0,8 см, систолическое давление в легочной артерии составило 26,4 ± 4,7 мм рт.ст.). Наблюдалось 4 пациентки после протезирования механического и биологического искусственного клапана, 1 — после радикальной операции Кавашива (2 беременности). Динамическое ЭхоКГ обследование выявило также отсутствие достоверных изменений гемодинамики; все пациентки родоразрешены через естественные родовые пути на доношенном сроке беременности. Группу пациенток с высоким риском осложнений составили 5 пациенток после 1–3 паллиативных операций на сердце У 3 пациенток отмечен II функциональный класс сердечной недостаточности (ФК СН), у 2 — III ФК СН, что сопровождалось за время беременности ростом остаточных градиентов давления, объемных параметров камер сердца, снижением dp/dt миокарда, усилением клинических признаков СН. Четыре пациентки родоразрешены кесаревым сечением; две из них — досрочно. Материнской, перинатальной и детской смертности не было.

Заключение. У большинства беременных, перенесших в анамнезе операции на сердце, отмечается хороший результат операции с возможностью родоразрешения через естественные родовые пути.

200 ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРАПИДИЛА ПРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мудрицкая Т. Н., Калиновский О. А., Бражко В. П., Грищенко Д. С.

ГУ "КГМУ имени С. И. Георгиевского", Симферополь, Республика Крым

Периоперационная гипертензия — актуальная проблема для различных хирургических оперативных вмешательств и рассматривается как одна из важнейших причин связанных с ней осложнений, прежде всего инсульта, инфаркта миокарда и кровотечений.

Цель. Изучить факторы, влияющие на возникновение периоперационной гипертензии у лиц, подвергшихся неотложным оперативным вмешательствам и эффективность применения альфа 1- блокатора урапидила для ее купирования.

Материал и методы. В исследование были включены 86 больных (30 мужчин и 56 женщин) в возрасте 18–88 лет, прооперированных по неотложным показаниям. Все пациенты поделены на 2 группы: 1-я — 38 больных в возрасте 18–55 лет и 48 больных в возрасте 56–88 лет. Функциональное состояние больных перед операцией измерялось в метаболических эквивалентах — METs. Для общей оценки сердечно-сосудистого риска у больного перед предстоящей операцией использовали индекс Lee T. M. Очень высокий риск определяли при ≥3 баллах, высокий — 2 баллах, средний — 1балле и низкий — 0 баллах.

Результаты. В 1-й группе операции производились чаще по поводу перфоративной язвы желудка или 12 перстной кишки, аппендэктомии, панкреанекроза. Во 2-й группе — чаще были операции по поводу кишечной непроходимости, острого холецистита, панкреанекроза, цистостомии. При оценке рисков со стороны больного установлено, что в 1-й группе у 21 больного функциональное состояние соответствовало 10 METs, у 17 больных — <4METs, во 2-й группе у 32 больных- <4METs. У 16 — <1METs. Общий сердечно-сосудистый риск очень высокой степени имели 26 больных 1-й группы, высокой степени — 20 больных и средней степени — 2 больных, во 2-й группе — 2, 6 и 3 больных, соответственно. У 29 пациентов 1-й группы не было сердечно-сосудистых заболеваний, что соответствовало низкой степени риска. Во время операции и в послеоперационном периоде развитие артериальной гипертензии наблюдалось у 9 (23,7%) больных 1-й группы и у 21 (43,8%) больного 2-й группы. Всем больным с периоперационной гипертензией урапидил вводился болюсно в дозе 25 мг (0,35–0,40 мг/кг). В 1-й группе при болюсном введении достигли эффекта в течение 10 мин у всех 9 пациентов. Во 2-й группе у 18 больных эффект получен также при болюсном введении препарата. При последующем наблюдении не отмечалось развития постуральной гипотензии и изменений числа сердечных сокращений

Заключение. Оперативные вмешательства по неотложным показаниям часто выполняются у лиц пожилого возраста, имеющих коморбидные заболевания и как следствие высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. У них чаще развивается периоперационная гипертензия. Применение альфа1-блокатора урапидила позволяет эффективно контролировать периоперационную гипертензию.

201 УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ТЕРАПЕВТОВ ПО ВОПРОСАМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А. В., Назарова О. А., Мясоедова С. Е.

ОБУЗ Кардиологический диспансер, ГБОУ ВПО Ивановская медицинская академия Минздравсоцразвития, Иваново, Россия

Эффективность лечения больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в значительной степени зависит от квалификации врачей первичного звена здравоохранения.

Цель. Оценить уровень знаний врачей по вопросам ведения больных ФП и его динамику под влиянием обучения на курсах профессиональной переподготовки.

Материал и методы. Проведено анкетирование 74 терапевтов первичного звена со стажем работы от 0 до 37 лет по вопросам неотложной помощи и медикаментозной терапии ФП, в т.ч. на фоне сопутствующей патологии. Оценка уровня знаний врачей проводилась в баллах от 0 до 10 (1 балл за каждый правильный ответ) до и после курса обучения на цикле профессиональной переподготовки.

Результаты. Средний уровень информированности опрошенных составил 6,1±1,4 балла, при этом самые высокие показатели выявлены среди терапевтов со стажем от 11 до 20 лет (7,5±1,6 баллов). Наибольшее количество неправильных ответов отмечено у врачей со стажем менее 1 года и более 20 лет. Часто встречались ошибки в тактике купирования пароксизма ФП (не учитывалась продолжительность пароксизма; состояние гемодинамики пациента). Выявлено недостаточное использование комбинированной терапии для контроля ЧСС при постоянной форме аритмии; трудности в назначении адекватной антикоагулянтной терапии у больных с высоким риском тромбоэмболических осложнений, а также применение в лечении препаратов, не имеющих доказательной базы (панангин, рибоксин).

Обучение врачей проводилось в рамках цикла профессиональной переподготовки по терапии (лекционный курс и разбор клинических задач). При повторном анкетировании той же группы врачей после обучения отмечен рост уровня информированности до 8,9±0,6 баллов. При этом вновь часто отмечались ошибки в выборе тактики при пароксизмах ФП с нарушениями гемодинамики, а также в подходах к назначению антикоагулянтной терапии.

Заключение. Таким образом, имеет место недостаточный уровень знаний практическими врачами рекомендаций

по ведению больных ФП. Особое внимание следует уделять разбору клинических задач, посвященных тактике лечения ФП и профилактике тромбоэмболических осложнений.

202 ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И КОРРИГИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Мухарлямов Ф. Ю.[1], Бадтиева В. А.[1], Иванова Е. С.[2]
[1]ГБУЗ "Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительно и спортивной медицины ДЗ г. Москвы", Москва; [2]МОЦ медицинской профилактики ГУЗ МО "Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации", Москва, Россия

Цель. Изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Материал и методы. В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) — (152 мужчины и 91 женщина, средний возраст 62±4,3 года) и 245 больных артериальной гипертонией (АГ) — (127 мужчин и 118 женщин, средний возраст — 48±5,6 лет). В данной работе были использованы следующие диагностические методы: объемная компрессионная осциллометрия, дисперсионное картирование сердца, исследование вариабельности ритма сердца с последующей оценкой вегетативного статуса, спироэргометрия в качестве пробы с физической нагрузкой. Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения.

Результаты. Полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов физиотерапии на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ — более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС и АГ позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

Заключение. Современные технологии диагностического мониторинга и немедикаментозной коррекции являются методами точной оценки эффективности программ восстановительного лечения, обладающих высокими саногенетическими эффектами, и могут быть рекомендованы для широкого применения в медицинской реабилитации у больных кардиологического профиля.

203 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛЬНЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Мухарлямов Ф. Ю.[1], Иванова Е. С.[2]
[1]ГБУЗ "Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы", Москва; [2]МОЦ медицинской профилактики ГУЗ МО "Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации", Москва, Россия

Цель. Оценка роли функционального состояния центральной нервной системы в формировании метеопатологии и обоснование применения современных методов функциональной коррекции организма у метеочувствительных лиц с начальными проявлениями артериальной гипертензии.

Материал и методы. Обследовано 250 пациентов в возрасте от 30 до 55 лет. Анализ психологических особенностей больных проводился с использованием тестов СМОЛ и САН в различных климато-погодных условиях. Особое внимание обращалось на оценку психологического статуса больных при наиболее неблагоприятных типах погод — гипоксическом и спастическом (по классификации типов погод по В. Ф. Овчаровой). Результаты исследований выявили особенности психологического статуса наблюдаемых больных, характеризующиеся как внутреннее напряжение, беспокойство, раздражительность и чувство тревоги, неуверенность в поступках, депрессивно-тревожные и психастенические расстройства, снижение настроения, переоценку тяжести своего состояния, "уход" в болезнь. Обследование выявило ухудшение самочувствия, снижение активности и настроения, а также отмечались жалобы на неприятные ощущения в области сердца, головные боли, нарушение сна, снижение умственной и физической работоспособности. Изучалась эффективность применения нового биоэнергетического средства для ванн "Биолонг" с препаратом митофен в жемчужной ванне в комплексе с психологической релаксацией и кардиотренировками в режиме дозированных ступенчатонарастающих физических нагрузок на циклических и силовых тренажерах.

Результаты. После курса восстановительной коррекции в психологическом статусе пациентов наблюдалось: улучшение самочувствия, повышение активности и настроения (85%), снижалась реактивная тревожность, причем 59% больных отмечали сохранение положительной динамике даже при формировании неблагоприятных погодных условий. Отмечена нормализация вариабельности АД, особенно в вечернее и ночное время (в 84% случаев), отсутствие эпизодического повышения АД в вечернее и ночное время, наблюдаемое до лечения, выявлено снижение общего сосудистого периферического сопротивления при проведении нагрузочной пробы (62%), улучшение микроциркуляторного кровотока (90%), нормализация суточной экскреции катехоламинов (30%), гармонизация функциональной активности кардиореспираторной системы при физической нагрузке (86%).

Заключение. Использование немедикаментозных методов коррекции повышенной метеочувствительности способствует активации эндогенных биорегуляторов, восстановлению адаптационных сдвигов и повышению толерантности организма к внешним неблагоприятным воздействиям погодно-климатических факторов.

204 ГРАНДАКСИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мясоедова Е. И., Семенова М. К., Копнина М. Ю.
ООО "Медис", Астрахань, Россия

С точки зрения Г. Ф. Ланга, ГБ есть следствие психического перенапряжения человека, воздействие на его психическую сферу эмоций отрицательного характера, психической травматизации. Поток техногенной информации и изменяющиеся социальные условия, во многом определяющие и влияющие на состояние центральной и периферической регуляции артериального тонуса, в настоящее время значительно возросли. На этом фоне возникают депрессивные расстройства. (ДР). Но, если измерение артериального давления вошло в обиход всех врачей независимо от их специальности, то этого, к сожалению нельзя сказать о диагностике и, тем более, о лечении ДР.

Цель. Оценка эффективности, безопасности и переносимости грандаксина у больных ГБ с депрессивными расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 45 женщин в возрасте от 40 до 57 лет (средний возраст — 49,8±1,11 года), страдающих АГ I и II ст. Всем больным проводились лабораторные и инстру-

ментальные исследования, необходимые для верификации диагноза АГ и установления стадии ее течения. Диагноз ГБ выставлялся согласно классификации артериальной гипертонии экспертов ВОЗ и МОАГ 1999 года. Все пациентки получали базисную антигипертензивную терапию (адреноблокаторы, антагонисты Са, антагонисты ангиотензина II, мочегонные). Для оценки уровня депрессии и эффективности проводимой терапии на 14 день лечения и через 3 месяца в работе использовалась психодиагностическая методика — шкала Бека, при этом баллы сравнивались с соответствующими показателями до лечения.

Результаты. Из 45 обследованных больных ГБ у 31 (69%) имели место сопутствующие депрессивные расстройства (ДР). У 11 (25%) больных отмечались мягкие ДР (10–15 баллов по шкале Бека), у 17 (37%) — умеренные (16–29 баллов по шкале Бека), у 3 (7%) — сильные. Больные с выявленными ДР на фоне базисной терапии ГБ получали грандаксин. фирмы "Эгис" по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 мес. Грандаксин (тофизопам 50 мг) — препарат, который оказывает анксиолитическое действие. Грандаксин усиливает ГАМК-миметические процессы в ЦНС, обладает анксиолитической, стресспротективной, мягкой психостимулирующей и коронаролитической активностью и психовегетативной регуляцией. Анксиолитический эффект не сопровождается миорелаксацией. Не влияет на быстроту и скорость реакций, не вызывает лекарственной зависимости. Является "дневным" анксиолитиком. Всем больным проводился контроль ЭКГ, ЧСС, АД. Побочных эффектов (головные боли, тошнота, рвота) при применении в указанных дозах зарегистрировано не было. У больных с легкими и умеренными ДР уже на 14 день лечения отмечался выраженный положительный эффект, который постепенно нарастал с полной редукцией депрессивной симптоматики (менее 10 баллов по шкале Бека). У больной с тяжелым депрессивным синдромом полной регрессии симптомов отмечено не было (уменьшение количества балов было статистически не достоверно).

Заключение. Таким образом, грандаксин можно рекомендовать в качестве безопасного и эффективного компонента комплексной терапии больных ГБ с депрессивными расстройствами. Препарат хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов.

205 ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Нажалкина Н. М., Трегубов В. Г.

[1]ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар; [2]ГБУЗ ККБ № 2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние терапии соталолом и лизиноприлом на параметры эхокардиографии (ЭХОКГ) пациентов с суправентрикулярными (СВ) нарушениями ритма сердца (НРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II функциональных классов (ФК).

Материал и методы. В исследовании участвовало 17 пациентов с СВ НРС (СВ экстрасистолия, пароксизмальная СВ тахикардия) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и/или гипертонической болезни (ГБ) с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 8 мужчин и 9 женщин, возраст 52,7±4,3 года. Исходно и через 6 месяцев терапии соталолом в дозе 120,6±37,3 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 7,5±2,5 мг/сутки проводилась ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония). Статистическая обработка — методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Увеличивались ФВ ЛЖ (на 5,8%; $p<0,01$), скорость трансмитрального диастолического потока E (V_E) (на 9,4%; $p<0,01$), отношение V_E к скорости трансмитрального диастолического потока A (V_A) (V_E/V_A) (на 15,7%; $p<0,01$); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 3,6%; $p<0,01$), толщина задней стенки ЛЖ (на 4,8%; $p<0,05$) и межжелудочковой перегородки (на 3,6%; $p<0,01$), передне-задний диаметр левого предсердия (на 2,8%; $p<0,01$), V_A (на 4,3%; $p<0,01$), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 8,6%; $p<0,05$); не изменялось время замедления трансмитрального диастолического потока E (DT_E).

Заключение. Динамика отражает улучшение структурного и функционального состояния миокарда при СВ НРС и ХСН I–II ФК.

206 ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Нажалкина Н. М., Трегубов В. Г.

[1]ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар; [2]ГБУЗ ККБ № 2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние терапии соталолом и лизиноприлом на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой пациентов с суправентрикулярными (СВ) нарушениями ритма сердца (НРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II функциональных классов (ФК).

Материал и методы. В исследовании участвовало 17 пациентов с СВ НРС (СВ экстрасистолии, пароксизмальная СВ тахикардия) на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 8 мужчин и 9 женщин, возраст 52,7±4,3 года. Исходно и через 6 месяцев терапии соталолом в дозе 120,6±37,3 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 7,5±2,5 мг/сутки проводились тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R. Bruce (для подтверждения или исключения скрытой коронарной недостаточности) и тест с 6-минутной ходьбой по стандартному протоколу в целях определения ФК ХСН. Статистическая обработка выполнена методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Данные исследования показали, что увеличивалась максимальная нагрузка (на 10,3%; $p<0,05$), не изменялось двойное произведение; увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на 16,2%; $p<0,05$). При этом ХСН не регистрировалась у 2 больных (в 11,8% случаев), уменьшался ФК ХСН от II к I у 8 больных (47,1% случаев).

Выводы. Динамика отражает повышение толерантности к физической нагрузке у пациентов с СВ НРС и ХСН I–II ФК.

207 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ СРЕДИ СТУДЕНТОК РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Назаркина М. Г., Котляров А. А., Ванькова Л. В.

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

Цель. Определить отношение к своему здоровью среди студенток Мордовского государственного университета.

Материал и методы. Проведено анкетирование 102 студенток Мордовского государственного университета в возрасте от 20 до 23 лет (средний возраст 21±1,2 года). Участницам анкетирования предлагалось ответить на вопросы, касающиеся их

отношения к проблемам здоровья и информированности о роли факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты. Анализ, полученных результатов показал, достаточно высокую осведомленность большинства студенток о продолжительности жизни как мужчин (55–59 лет), так и женщин (65–69 лет) в нашей стране. Исследования показали, что большинство респондентов (62%) ведущей причиной смерти населения России определяет ССЗ, на втором месте (20%) — онкологические заболевания, 10% — инфекционные (в том числе гепатиты и СПИД) и 8% — другие хронические заболевания, что в целом отражает реальную структуру смертности в нашей стране. Среди факторов, оказывающих наибольшее влияние на продолжительность жизни, 37% студенток выделяют вредные привычки, 23% опрошенных — экологический фактор, 20% на первый план выносят качество оказания медицинской помощи, 17% — социально-экономический фактор и лишь 3% связывают с влиянием наследственности. Абсолютное большинство студенток (88%) уверены, что на продолжительность жизни можно повлиять, практикуя правильный образ жизни, отрицательного ответа не дал никто и только 12% затруднились ответить на поставленный вопрос. При оценке состояния своего здоровья 78% опрошенных считают себя практически здоровыми, 8% — абсолютно здоровыми, 7% студенток часто болеют, также 7% — имеют хронические заболевания. 67% респонденток отмечают, что обращают внимание на здоровье только когда заболеют, а 17% вообще стараются не думать о своих болезнях. Регулярно проходят профилактические осмотры лишь 8% студенток. Крайне внимательно относятся к своему здоровью и часто обращаются к врачу за консультациями 8% респонденток. При развитии различных заболеваний своевременно обращаются к врачу 25% опрошенных, остальные объясняют несвоевременность обращения отсутствием времени (37%), отсутствием доверия к врачу (22%), затруднительным доступом к врачу (15%). Строго следуют рекомендациям врача 25% респонденток; 66% частично придерживаются данных рекомендаций; 7% обычно не следуют им и предпочитают самолечение; 2% больше доверяют народным способам лечения. При анализе оценки студентками профессионализма врачей 20% опрошенных склоняются к неудовлетворительной оценке; 53% — удовлетворительной; 23% — хорошей и только 3% — отличной. Это во многом определяет недостаточную приверженность к лечению и периодический отказ от выбора препаратов, рекомендованных врачом, половины опрошенных (49%).

Заключение. Невнимательное отношение к своему здоровью проявляется обращением большинства респонденток к врачу лишь при ухудшении состояния, что в свою очередь увеличивает риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

208 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ ЗА 24 ЧАСА ЗАПИСИ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Назарова Е.А., Кратнов А.Е., Кузнецов Ю.А.

ГБОУ ВПО “Ярославская государственная медицинская академия”, Ярославль, Россия

Цель. Изучение влияния ожирения на показатели вариабельности ритма сердца у пациентов без ишемической болезни сердца.

Материал и методы. Обследовано 94 пациента (средний возраст 46,3±6,8) без ИБС, для диагностики которой выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Для определения степени общего ожирения рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Анализ вариабельности ритма сердца во временной области за 24 часа записи ЭКГ проводился с помощью программы “Astrocard® HOLTERSYSTEM-2F Elite” (ЗАО “Медитек”, Москва).

Результаты. Ожирение было диагностировано у 35 (37,2%) пациентов, из них у 28 (80%) выявлялась I степень ожирения (ИМТ 30–34,9 кг/м^2), у 7 (20%%) — II степень ожирения (ИМТ 35–39,9 кг/м^2). У 45 (47,9%) пациентов наблюдалось предожирение (ИМТ 25–29,9 кг/м^2). Было выявлено достоверное нарастание уровня глюкозы капиллярной крови по мере увеличения ИМТ. У пациентов со II степенью ожирения уровень глюкозы был достоверно выше по сравнению с показателями лиц с I степенью, предожирением и без ожирения (5,2±0,8 > 4,9±0,7 > 4,6±0,5 > 4,5±0,6 ммоль/л). При изучении параметров ВРС выявлено снижение средней длительности интервалов R–R (838,7±49,5 < 917,8±94,5 и 899,7±112,3 и 902,6±111,2 мс) и мощности в диапазоне высоких частот (HF 209,1±116,1 < 379,3±314,1 и 254,5±189,1 и 421,6±493,7 мс^2) у пациентов со II степенью ожирения по сравнению с другими группами. Поскольку снижение HF указывает на смещение вегетативного баланса в сторону преобладания симпатического отдела, можно полагать, что при увеличении степени ожирения нарастает влияние симпатической нервной системы на синусовый узел, о чем свидетельствует большая частота сердечных сокращений по данным длительности интервалов R–R. Между показателями глюкозы капиллярной крови и HF у пациентов со II степенью ожирения наблюдалась достоверная обратная корреляция ($r = -0,58$; $p < 0,05$).

Заключение. Увеличение степени ожирения у пациентов без ишемической болезни сердца сопровождается снижением парасимпатических влияний на синусовый узел на фоне роста глюкозы капиллярной крови.

209 ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Напалкова О.С. [1,2], Эмануэль В.Л. [2], Карпенко М.А. [1], Березовская Г.А. [1,2], Яковлев А.Н. [1], Юдина В.А. [1], Васильева Е.Ю. [1], Лапин С.В. [2], Хышова Н.А. [1]

[1]Федеральный центр сердца крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Министерство здравоохранения РФ, Санкт-Петербург; [2]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Министерство здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), обусловленная атеросклерозом коронарных артерий, в течение многих лет является главной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах. Воспаление играет ключевую роль в атерогенезе и тесно связанно с активацией системы гемостаза. Активация свертывающей системы играет значимую роль в развитии, прогрессии и стабильности атеросклеротической бляшки. На сегодняшний день состояние гиперкоагуляции сложно оценить рутинными тестами поэтому мы использовали современный метод — тест генерации тромбина. В данной работе мы представляем результаты наблюдения генерации тромбина у пациентов с ишемической болезнью сердца в разные сроки после черезкожного коронарного вмешательства.

Цель. Оценка теста генерации тромбина в диагностики гиперкоагуляции у пациентов с ИБС на фоне чрезкожного коронарного вмешательства

Материал и методы. Было обследовано 37 пациентов со стабильной ИБС. Группа контроля составила 30 человек практически здоровых лиц. Для изучения системы гемостаза у данной категории пациентов был использован тест генерации тромбина и его модификация с добавлением тромбомодулина для оценки антикоагулянтной активности системы протеина С.

Результаты. В результате сравнения показателей теста генерации тромбина у пациентов с ИБС до операции с группой контроля достоверных различий не выявлено ($p>0,05$). При наблюдении пациентов со стабильной ИБС в разные сроки после механической реваскуляризации миокарда было установлено значимое повышение генерации тромбина и снижение антикоагулянтной активности системы протеина С на 1–3 сутки после операции ($p<0,05$). Найдена положительная корреляция эндогенного тромбинового потенциала с ранним маркером дисфункции эндотелия аннексином 5 в указанные сроки после операции ($p=0,0008$; $r=0,57$). Также мы наблюдали значимое повышение провоспалительных маркеров СРБ и фибриногена на 1–3 сутки после ЧКВ ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о состоянии гиперкоагуляции у пациентов со стабильной ИБС в ранние сроки после операции, несмотря на полученные нормальные значения показателей коагулограммы и проводимую стандартную дезагрегантную терапию.

210 РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОТТОРЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Насырова А. А., Шевченко А. О., Тюняева И. Ю., Наумова М. А.
ФГБУ "ФНЦТИО им.ак.В.И. Шумакова", Москва, Россия

В связи с постоянным увеличением числа ортотопических трансплантаций сердца (ОТТС) за последние годы в РФ, не прекращается поиск способов снижения кардиальных осложнений после ОТТС. Одной из ведущих причин, лимитирующих выживаемость реципиентов после ОТТС, являются различные формы отторжения пересаженного сердца. Усугубляет проблему отсутствие четких клинических признаков отторжения на ранних этапах, что увеличивает время от начала криза отторжения до момента поступления в специализированный стационар. Это обстоятельство диктует необходимость дальнейшего поиска доступных методов диагностики отторжения.

Цель. Изучить связь показателей эластичности сосудистой стенки общей сонной артерии (ОСА) и признаков отторжения трансплантата.

Материал и методы. В исследование включено 32 больных после ОТТС (из них мужчин –20), средний возраст-51±14,1 лет, выписанных из клиники после ОТТС в период с 2009 по 2013гг (средний срок после ОТТС 544±196 дней).

Пациенты, в зависимости от наличия отторжения по результатам эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ), были разделены на 2 группы:1 группа (n=10) -пациенты с клеточным и гуморальным отторжениями (8 и 2, соответственно);2 группа (n=22) -пациенты без отторжения.В качестве контрольной группы (n=48) были взяты больные с ИБС, средний возраст 58±11,9 года (из них мужчин-30).Разница между группами недостоверна (p=0,211).Эластичность сосудистой стенки оценивалась с помощью триплексного сканирования (ТС) общей сонной артерии (ОСА).В исследование были включены больные, после проведения плановой ЭМБ. Перед проведением биопсии больным выполнялось ТС ОСА. Показатели эластичности периферических артерий рассчитывался по эмпирически разработанной формуле:

El= (Vmax-Vmin) D2max/ aT (D2max-D2min) ($см^3/с^2$), где Dmax- диастолический диаметр ОСА (см); Dmin-систолический диаметр ОСА (см); Vmax-систолическая скорость потока в ОСА (см/с); Vmin-диастолическая скорость потока в ОСА (см/с); aT-время достижения максимальной скорости потока (с).

Результаты. Сравнительный анализ показал, что параметры эластичности (El) в контрольной группе составили 2353,7±294,3. Средние показатели эластичности у больных с ОТТС-8089,9±997,1, что было достоверно выше, чем у больных с ИБС (p<0,001).У больных с признаками отторжения средние значения показателей эластичности составили 8586±1022, тогда как у больных без отторжения- 7610±985 (разница между группами достоверна p=0,013).

Заключение. Таким образом, у больных с ОТТС показатели эластичности сосудистой стенки существенно выше, чем у больных с ИБС, а у больных с отторжением достоверно выше, чем у больных без него. Предполагается, что у больных с ОТТС в крови выше уровень гуморальных факторов, оказывающих влияние на сосудистую стенку. При этом эти же факторы могут оказывать роль в развитии отторжения сердечного трансплантата.

211 ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Науменко Е. И., Тумаева Т. С.
ГБУЗ РМ "МРКПЦ", Медицинский институт Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева, Саранск, Россия

Цель. Оценить состояние внутрисердечной гемодинамики у детей первого года жизни с экстрасистолией.

Материал и методы. Данные эхокардиографического обследования 100 детей первого года жизни. Сформированы 2 группы: 1-я — исследуемая, в которую были включены дети с экстрасистолией (n=50) и 2-я — контрольная, дети без экстрасистол (n=50). 1-я группа подразделена на 3 подгруппы: А — с количеством экстрасистол 1–5 тысяч (n=15), В — от 5 до 10 тысяч экстрасистол (n=11, С — более 10 тысяч (n=24). Возраст детей обеих групп сопоставим и составляет в 1-й группе 5,20±0,5мес (подгруппа А — 5,66±1,04 мес., В — 4,81±1,04 мес., С — 5,04±0,68 мес. (p>0,05)), во второй группе 4,88±0,5 мес. (p>0,05).

Результаты. Средние показатели КДР (24,02±0,41) и КСР (14,87±0,3) в исследуемой группе больше, чем в контрольной (КДР 21,8±0,52, КСР –14,0±0,3, p<0,05) причем КСР больше в группе С (15,09±0,27, p<0,05), чем в остальных группах, но не превышали возрастных границ. Объемы полостей ЛП и ПП различались в исследуемой ЛП-14,50±0,46; ПП- 16,87±0,32 и контрольной группе ЛП- 21,8±0,52, ПП- 15,97±0,35 p<0,05). ФВ в двух группах находится в пределах нормы (фракция выброса ЛЖ по методу Teichholz составляет не менее 65–75%), однако ее минимальное значение определяется в группе С (60,1±1,6, p<0,05). Давление в ЛА выше в исследуемой группе (7,3±0,7), причем в группах В (6,12±0,54) и С (7,80±0,48), чем в контрольной (6,50±0,3, p<0,05), но не превышает норму. Давление в Ао не отличается в двух группах сравнения (5,9±0,4 и 5,80±0,4, p>0,05) и не зависит от количества экстрасистол. Наличие МПС также может усугублять внутрисердечную гемодинамику. По нашим данным МПС одинаково часто встречались у детей обеих групп (44% и 50%), но чаще у детей у детей с количеством экстрасистол более 5 тысяч (36% и 62%). Регистрация регургитации на МК (50% и 34% p>0,05) и ТК (44% и 28%) не более 1 степени, чаще у детей исследуемой группы. Показатели диастолической функции левого желудочка имеют важное значение для исследования внутрисердечной гемодинамики. Установлено, что каждый 3-й ребенок исследуемой группы и 10% детей контрольной группы имеют диастолическую дисфункцию ЛЖ (p<0,05), преимущественно чаще встречается у детей группы С (57,5%).

Заключение. У детей первого года жизни с экстрасистолией при ЭХО-КГ исследовании КДР и КСР больше. КСР зависит от количества экстрасистол за сутки. Размеры предсердий также больше в исследуемой группе, а давление в ЛА выше. Диастолическая дисфункция ЛЖ регистрируется чаще, чем у детей без экстрасистол. Данные показатели свидетельствуют о более напряженных процессах внутрисердечной гемодинамики при экстрасистолии, особенно частой-более 10 тысяч за сутки.

212 ВЛИЯНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТЕРАПИЕЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Наумова Е.А, Булаева Ю. В., Семенова О. Н.
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Изучить степень влияния удовлетворенности лекарственной терапией на госпитальном и амбулаторном этапах на приверженность к длительной лекарственной терапии больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями ЦРБ удаленного административного центра Саратовской области.

Материал и методы. Проведено анкетирование пациентов с сердечно-сосудистой патологией, находящихся на госпитальном лечении в терапевтическом отделении ЦРБ, не имевших критериев исключения, и, давших согласие участвовать в исследовании. Через 6 месяцев после выписки из стационара производились контрольные телефонные звонки. Задавались вопросы о продолжении терапии, назначенной в стационаре, о наличии побочных эффектов принимаемых препаратов, о самочувствии,

о существенных изменениях в состоянии здоровья и личной жизни за прошедшее время. Определение связи между описанными характеристиками проводилось с помощью однофакторного анализа и пошаговой логистической регрессии.

Результаты. 127 пациентов дали согласие на анкетирование, 108 (85%) заполнили анкету полностью, 56 (43%) мужчины. Возраст колебался от 26 лет до 85 лет, медиана возраста составила 60 лет. Спустя полгода удалось связаться с 86 (80%) респондентами. 64 (59%) опрошенных полностью удовлетворены процессом лечения в ходе госпитализации, 26 (24%) — частично, 10 (9%) — затруднились ответить,8 (8%) — не удовлетворены. Через 6 месяцев пациенты, которые были удовлетворены процессом терапии в ходе госпитализации, продолжали терапию достоверно чаще, чем больные, которые в ходе госпитализации были не удовлетворены получаемым лечением (64% vs 10%) (p = 0,00014). В ходе регрессионного анализа была найдена группировка факторов, которые достоверно оказали влияние на удовлетворенность лекарственной терапией в ходе госпитализации. Это наличие у пациента хронической сердечной недостаточности, низкий уровень информированности о заболевании "Что Вы знаете о Вашей болезни? Знаю только кое-что, но недостаточно", лечащий врач, как основной источник информации о заболевании, мнение о том, что если лечить данное заболевание возможно существенное улучшение самочувствия и увеличение продолжительности жизни, и оценка отношений с лечащим врачом, как дружеские. (p=0,00000). Следует отметить, что плохая информированность о заболевании повлияла на удовлетворенность положительно, а остальные факторы отрицательно. 38 (44%) респондентов ответили в ходе контрольного телефонного опроса через 6 месяцев, что довольны получаемым лечением, 32 (37%) — довольны частично и 16 (19%) –не довольны. Опрошенные, которые были полностью довольны и частично довольны получаемым лечением на амбулаторном этапе, продолжили приём медикаментов достоверно чаще, чем недовольные терапией больные (58% и 63% vs 12%) (p=0,00503). По данным пошаговой логистической регрессии профессия, мнение, что болезнь — это результат предыдущей жизнедеятельности, врач — основной источник о заболевании и ухудшение физического и эмоционального самочувствия за прошедшие полгода оказывают влияние на степень довольства от лечения (p=0,00000). Ухудшение самочувствия оказывает негативное влияние, а другие три факторы влияют позитивно на удовлетворенность терапией.

Заключение. Удовлетворенность медикаментозной терапией, как на амбулаторном, так и на госпитальном этапах достоверно оказывает положительное влияние на комплаентость больных.

213 МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОЛИКЛИНИКАХ И ЧАСТНЫХ КЛИНИКАХ

Наумова Е. А., Семенова О. Н.

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

Поведение человека определяется реагированием на стимулы и удовлетворением мотивов. Мотивы при выборе врача и лечебного учреждения — это стимулы, ради которых пациент делает свой выбор.

Цель. На основании опроса пациентов кардиологического профиля в поликлиниках и частных клиниках выявить мотивы к лечению ими сердечно-сосудистой патологии.

Материал и методы. В 2013г проводилось анонимное анкетирование согласившихся на участие пациентов кардиологического профиля в поликлиниках и частных клиниках г. Саратова. Количество участников было ограничено администрацией лечебных учреждений. Опрос осуществлялся до приема врачей. Одним из критериев включения было как минимум второе посещение данного лечебного учреждения пациентом. Вопрос "Какова лично для Вас мотивация к лечению?" был представлен в открытой форме. При анализе учитывалось все ответы пациентов на предоставленный вопрос.

Результаты. Участвовало 90 пациентов: 38 (42,2%) — пациенты частных клиник, 52 (57,7%) — поликлиник, из них 30 (33,3%) мужчин и 60 (66,7%) женщины, медиана возраста 65 лет. В анамнезе у 82 (91,1%) пациентов — артериальная гипертония, у 46 (51,1%) — ИБС, у 8 (8,9%) — перенесенный инфаркт миокарда, у 54 (60%) — ХСН, 6 (6,7%) — перенесенное ОНМК, 8 (8,9%) имеют сахарный диабет, 34 (37,8%) избыток массы тела, 34 (37,8%) ожирение, 56 (62,2%) сопутствующую патологию.

Пациенты поликлинической службы выделяют следующие мотивы к длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний: "болезнь" и "плохое самочувствие" — 12 (23,1%) и 4 (7,7%), соответственно, "улучшение самочувствия на фоне терапии" — 12 (23,1%), "ухудшение самочувствия без лечения" — 6 (11,5%), "увеличение продолжительности жизни на фоне терапии" — 2 (3,8%), "быть здоровым" — 4 (7,7%), "нужда" — 2 (3,8%). Пациенты частных клиник отмечают следующие мотивы: "полноценно жить и работать" — 8 (16,7%), "плохое самочувствие" — 4 (10,5%), "улучшение самочувствия на фоне терапии" — 4 (10,5%), "семья" — 4 (10,5%), "быть здоровым" — 4 (10,5%). Не ответили на вопрос 10 (19,2%) пациентов поликлиник и 14 (36,8%) пациентов частных клиник.

Заключение. Мотивацией к лечению у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями поликлинической службы является болезнь и плохое самочувствие, в отличие от пациентов частных клиник, основной мотивацией которых является работоспособность и полноценная жизнь.

214 ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИ ПОДБОРЕ ДОЗЫ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Нелипа Е. А., Донников М. Ю., Саламатина Л. В., Урванцева И. А.

БУ ХМАО-Югры "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Обобщить опыт подбора эффективной дозы варфарина с использованием фармокогенетического тестирования у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. В исследование включено 28 амбулаторных пациентов (14 мужчин и 14 женщин), с постоянной формой фибрилляции предсердий. Средний возраст пациентов составил 56 лет (мужчины 51,7±9,1 лет, женщины 60,6±7,4 лет). У всех пациентов фибрилляция предсердий имела неклапанное происхождение. Международное нормализованное отношение (МНО) определялось на анализаторе гемостаза Compact, фирмы Stago. Фармакогенетическое тестирование проводилось на аппарате CFX96^{TM} Real-Time System (Bio-Rad). Данные представлены в виде M±Δ; Max и мин, удельного веса.

Результаты. Частота генотипов по CYP2C9, соответствующих медленным метаболизаторам (носительство аллельных вариантов CYP2C9*2 и CYP2C9*3) составила 32%. Носительство аллельных вариантов CYP2C9*2 и CYP2C9*3 и генотип AA, AG ассоциированных с низкими дозами варфарина, более частыми кровотечениями при его применении выявлено у 14,3% пациентов.

До фармакогенетического исследования МНО составило от 1,0 до 1,7, а средняя доза варфарина — 3,7±1,8 мг (3,5±1,8 мг для мужчин, 3,9±1,9 мг для женщин). После фармокогенетического тестирования доза варфарина у мужчин была увеличена до 4,1±1,5 мг, у женщин 4,3±2,1мг. "Целевые" значения МНО (от 2,0–3,0) были достигнуты у всех пациентов и составили у мужчин 2,5±0,3, у женщин 2,6±0,3.

Заключение. Частота генотипов по CYP2C9*2 и CYP2C9*3 составила 32,0%, а частота генотипа AA, AG по полиморфному маркеру гена VKORC1 имелась у 14,3% пациентов, что сопоставимо с европейскими этническими группами. Подобранная доза варфарина оказалась равной 4,2±1,8мг. Среднее "целевое" значение МНО составило 2,5±0,3.

215 ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА АРИФОНА РЕТАРД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Нерсесян З. Н., Овчаренко С. И., Морозова Т. Е.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Оценка лечебного эффекта арифона ретард в комплексной терапии больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Наблюдалось 30 пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ (25 мужчин и 5 женщин), средний возраст 61,7±5,9 лет, индекс курящего человека 41,5±16,2 пачка/лет, длительность ХОБЛ от момента постановки диагноза 8,5±2,3 лет, длительность АГ 10,3±8,3 лет. Всем пациентам в связи с недостаточной эффективностью проводимой гипотензивной терапии добавлялся арифон ретард внутрь 1,5 мг/сутки курсом на 3 месяца. Больные находились под амбулаторным наблюдением. Исходно и через 3 месяца проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД) прибором Meditech ABPM 04, изучались спирографические показатели, данные бодиплетизмографии и уровень калия в сыворотке крови, а также оценивалась динамика респираторных жалоб (выраженность кашля, мокроты, одышки) по данным опросника CAT и шкалы MRC.

Результаты. На фоне терапии арифоном ретард отмечено: нормализация суточного профиля АД у 61% больных, снижение среднего диастолического АД ночью (с 92,3±8,5 мм рт.ст. до 70,5±4,8 мм рт.ст.), отмечено снижение среднего индекса нагрузки давлением ночью (по систолическому АД с 55,7±35,4% до 30,7±23,5%, по диастолическому АД с 55,2±22,3% до 34,1±25,3%), снижение вариабельности АД ночью (с 16,4±3,7 мм рт.ст до 11,5±2,5 мм рт.ст), для всех $p<0,005$. На фоне лечения арифоном ретард не отмечалось ухудшения показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и данных бодиплетизмографии. Уровень калия в сыворотке крови через 3 месяца терапии достоверно не различался с исходными значениями.

Заключение. Применение арифона ретард в комплексной терапии больных ХОБЛ в сочетании с АГ приводит к достоверному улучшению течения АГ, не ухудшая вентиляционные показатели ФВД и не усиливая гиперинфляцию (по данным бодиплетизмографии), а также не сопровождаясь гипокалиемией.

216 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Нешин С. Г., Матвеева В. В.
Медико-санитарная часть УФСБ России по Ростовской области, Ростов-на-Дону, Россия

Использование математического анализа вариабельности сердечного ритма является не только интегральным методом изучения функционального состояния организма, но может служить инструментом для подбора и оценки эффективности реабилитационных мероприятий, а также характеризовать изменения уровня здоровья при отсутствии сдвигов основных физиологических показателей.

Цель. Анализ динамики функционального состояния и адаптационных резервов у лиц опасных профессий в процессе восстановительного лечения.

Материал и методы. Изучены результаты обследования 65 пациентов (средний возраст 30±2,0 года), проходивших восстановительное лечение по поводу различных вариантов вегетативных дисфункций. Подбор дифференцированных комплексов восстановительного лечения осуществлялся в зависимости от клинического варианта вегетативных дисфункций.

Оценка вариабельности ритма сердца проводилась с использованием программного комплекса для лечения и реабилитации методом биологической обратной связи “БОС-пульс” (г. Новосибирск) методом анализа коротких участков электрокардиограммы, записанных в течение 5 минут. Выполнялось функциональное тестирование — важная часть исследований вариабельности ритма сердца. Его основной целью является оценка адаптационных резервов, механизмов вегетативной регуляции. Чувствительность и реактивность вегетативной нервной системы, её симпатического и парасимпатического отделов при воздействии того или иного тестирующего фактора могут служить диагностическими и прогностическими критериями. Оценка динамики психоэмоциональной сферы осуществлялась с помощью субъективно воспринимаемого ощущения самочувствия, активности, настроения (тест САН). Обследование осуществлялось до начала курса восстановительного лечения и после его завершения.

Результаты. При анализе результатов вариабельности ритма сердца в начале курса восстановительного лечения были выявлены признаки стресса. Величина индекса вагосимпатического взаимодействия, отражающая баланс отделов вегетативной нервной системы насчитывала 2,3±0,8, что свидетельствует о преобладании симпатической активности вегетативной нервной системы.

По тесту САН субъективно воспринимаемого ощущения самочувствия — с 4,1 до 4,7 баллов; активности — с 3,8 до 4,3 баллов; настроения — с 3,7 до 4,6 баллов.

Заключение. Таким образом, выполненное клиническое наблюдение за проведением реабилитационных мероприятий у пациентов опасных профессий с вегетативной дисфункцией. Использовалась методика оценки вариабельности сердечного ритма и тест по оценке психоэмоциональной сферы. Получены выводы о необходимости комплексной оценки адаптационных резервов пациента с целью оптимизации реабилитационных мероприятий у лиц опасных профессий.

217 ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Нилова С. А., Нилова М. Б.
ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, ГБУЗ “Городская клиническая больница № 1 им. В. В. Успенского”, Тверь, Россия

Цель. Исследовать значение избыточного потребления поваренной соли (ПС) как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы. Обследованы 320 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с эссенциальной артериальной гипертонией (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), 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% ($p<0,01$), уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы был существенно ниже, чем у 2-й ($p<0,05$), липопротеидов низкой плотности, соответственно — 4,2±0,3 и 5,0±0,2 Мм/л ($p<0,05$). Отягощенная наследственность встретилась, соответственно, в 28% и 64%; $p<0,01$. У больных 2-й группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание разви-

валось 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. При первом измерении АД оказалось, что у больных 1-й группы систолическое АД составило 146±5,0 мм рт.ст., диастолическое — 86±4,0 мм рт.ст., тогда как у 2-й — 168±4,4 и 98±5,0 мм рт.ст. (p<0,05). Течение заболевания у больных 2-й группы в 4 раза чаще осложнялось гипертоническими кризами (ГК), чем у больных 1-й группы (соответственно, у 52% и 14%; p<0,05). У больных 2-й группы во время ГК чаще наблюдались нарушения ритма по типу суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол (одиночных и групповых). У пациентов 2-й группы чаще имелись указания на транзиторные ишемические атаки в анамнезе, чем у пациентов 1-й группы (p<0,05). Среди пациентов 2-й группы имелись указания на пароксизмы мерцательной аритмии в анамнезе, тогда как у пациентов 1-й группы таковых не было.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что избыточное потребление ПС способствует развитию и прогрессированию ССЗ, и по существу показывают, что ограничение потребления ПС с пищей является важнейшим профилактическим мероприятием и значимым фактором реабилитации этих пациентов.

218 РИСК РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Хабижанов Б.Х., Нургалиева Ж.Ж., Ильмуратова С.Х.
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Цель. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей с абдоминальным типом ожирения (АО) для раннего выявления у них метаболического синдрома (МС) и кардиоваскулярной патологии.

Материал и методы. Обследованы 98 детей (средний возраст 10,2±1,2 лет) с абдоминальным ожирением различной степени (показатели окружности талии превышали 90 процентиля). Протокол включал клиническую оценку ССС (измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений) и результаты ЭХО-КГ с расчётом массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса ММЛЖ (ИММЛЖ), относительной толщины стенки (ОТС) по формуле R. Devereux и соавт. (1986); исследование углеводного (гликемия натощак и через 2 часа после нагрузки глюкозой, уровень иммуннореактивного инсулина) и жирового обмена (уровни общего холестерина, триглицеридов). Гиперинсулинемия (ГИ) и/или превышение индекса HOMA свидетельствовало о наличии инсулинорезистентности (ИР). МС верифицировался согласно критериям диагностики МС, предложенным IDF (2007). Тип ремоделирования ЛЖ оценивали по классификации A. Ganau и соавт. в модификации DevereuxR.B.

Результаты. Среди детей ожирение I степени установлено у 23 (23,5%), II степени 39 (39,8%), III степени — 33 (33,7%). Среднее значение ИМТ составило 26,5±2,4.

Лабораторно нарушение углеводного обмена наблюдались в 5,1% случаях в виде нарушенной гликемии натощак, в 6,1% случаях — нарушенной толерантности к глюкозе. Гиперхолестеринемия была у 6,1% детей, гипертриглицеридемия — у 18,4%. У 28 (28,6%) обследованных с АО имелась компенсаторная ГИ, являющаяся индикатором фактора развития периферической резистентности рецепторов жировой ткани к инсулину. Состояние ИР (превышение индекса HOMA) было выявлено у 56 (57,1%) детей. Сочетание признаков МС (IDF, 2007) в различных вариациях позволило поставить диагноз МС у 10,2% детей 10 лет и старше.

Гемодинамические изменения у детей с АО выявлялись в виде тахикардии у 60 (61,2%) детей, артериальная гипертензия (АГ) была установлена у 24 (24,5%). По результатам ЭХО-КГ превышение ММЛЖ, ИММЛЖ относительно нормативных данных имелось у 15 (15,3%) детей, ОТС у 26 (26,5%) детей. Были определены геометрические типы ремоделирования ЛЖ: эксцентрическая гипертрофия ЛЖ выявлена в 7,1% случаях, концентрическая гипертрофия ЛЖ в 8,2%, а концентрическое ремоделирование в 18,4%.

Заключение. 1. Среди детей с абдоминальным ожирением определена высокая частота инсулинорезистентности (HOMA 57,1%) и метаболических нарушений углеводного и жирового обмене, МС диагностировался у исследованных в возрасте 10 лет и старше (10,2%). 2. У детей с МС выявлены тахикардия (61,2%), артериальная гипертензия (24,5%) и структурно-геометрические изменения в миокарде (26,6%), что составляет реальный риск формирования сердечно-сосудистой патологии. Раннее обследование детей с абдоминальным ожирением, своевременная диагностика и лечение МС может явиться основой профилактики распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы во взрослости.

219 ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Нурмухамедов А. И., Абдуллаев А. Х., Туляганова Д. К., Турсунбаев А. К.
ОАО "Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации", Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца, Гипертоническая болезнь, кардицеребральные заболевания являются частой причиной смерти и инвалидизации женщин в постменопаузальном периоде.

Цель. Сравнительная оценка эффективности заместительной гормональной терапии (ЗГТ) и фитоэстрогенов у женщин с сердечнососудистыми расстройствами в постменопаузе.

Материал и методы. Пациентки (возраст от 42 до 58 лет) с климактерическим синдромом с давностью заболевания 0,5–5 лет, были разделены на 2 группы. 1-я группа (76) получала ЗГТ (климен, по схеме). 2-я группа (58) — фитоэстрогены (климаксан, по 5 крупинок под язык 2 раза в день). Препараты назначались в течение 12 месяцев, а физиобальнеопроцедуры проводились в первые 2 недели. По основным терапевтическим диагнозам, возрасту и давностью заболевания группы были идентичны. Определяли липдный спектр, показатели свертываемости крови, гормоны, проводили необходимые инструментальные исследования. Результаты оценивались через 1–3 месяца и через 6–12 месяцев с начала лечения.

Результаты. До лечения больные жаловались на кардиалгии, сердцебиение, одышку, чувство страха, бессонницу и приливы жара до 10–15 раз в сутки. Артериальное давление: среднее систолическое — 160–170, среднее диастолическое — 90–100 мм рт.ст. Ведущим фактором является резкое уменьшение или отсутствие положительного влияния эстрогенов на организм. Дефицит эстрогенов способствовал развитию комплекса тесно взаимосвязанных обменно-метаболических нарушений, в том числе атерогенной дислипопротеид- и триглицеридемии. Уровень холестерина повышался на 20%, выявлено увеличение индекса массы тела, содержания глюкозы, фибриногена. Установлено, что у 86% больных, принимавших ЗГТ, наступило улучшение общего самочувствия, исчезновение большинства жалоб и восстановление трудоспособности уже в первые 3 месяца лечения. В этот же срок фитоэстрогены оказали благоприятное действие у 67% больных. Отдаленные результаты показали усиление эффекта фитоэстрогенов, а изученные показатели (липиды, коагулограмма, гормоны, данные ЭКГ, Эхо-кг, ВЭМ) в обеих группах отличались не столь выражено. Гестагенный компонент препаратов не должен изменять благоприятное воздействие эстрогенов на метаболизм липидов и липопротеидов. При наличии противопоказаний к применению ЗГТ (опухоли репродуктивных органов, тяжелые поражения печени, почек, нарушения свертывающей системы крови) назначали препараты растительного происхождения (фитоэстрогены).

Заключение. Следовательно, применение ЗГТ или фитоэстрогенов после физиологического или хирургического

выключения функции яичников оказывает кардиопротективный эффект наряду с положительным влиянием их на другие органы и системы. При этом должна соблюдаться индивидуализация в выборе препарата в кооперации пациент, кардиолог и гинеколог.

220 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Олейник Е. А., Либис Р. А., Баталина М. В.

ГБОУ ВПО "Оренбургская Государственная Медицинская Академия" Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель. Оценить гендерные особенности эффективности терапии хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ).

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов (18 мужчин и 42 женщины) с ХСН в сочетании с АГ в возрасте от 47 до 77 лет с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) более 40%. Пациентам исходно и через 12 недель проводили оценку качества жизни с помощью Миннесотского опросника качества жизни больных ХСН (T. Rector et al., 1992), оценивали внутрисердечную гемодинамику и ремоделирование с помощью Эхо-КГ на аппарате Sono Scape. Статистическая обработка выполнялась с использованием пакет программ Statistica v. 6.0.

Результаты. Исходно и после 12 недель терапии мужчины и женщины имели различия в качестве жизни и его основных компонентах. Так, исходно средний суммарный балл качества жизни у мужчин составил 29,8±9,5, у женщин 37,8±13,8; средний суммарный балл физической активности, социально-экономического компонента, эмоционального восприятия жизни у мужчин и женщин составили: 15,2±6,3 и 20,2±5,9, 12,1±4,9 и 14,3±5,7, 11,5±4,6 и 14,1±5,8, соответственно. После 12 недель лечения у женщин на 12,2% повысилось общее качество жизни, на 13,1% — физическая активность, на 8,2% — социально-экономический компонент, на 9,3% — эмоциональное восприятия жизни ($p<0,05$); у мужчин эти показатели увеличились на 11,9, 8,3, 5,4 и 9,1%, соответственно ($p<0,05$).

По данным Эхо-КГ у мужчин и женщин отмечено достоверное снижение ИММЛЖ на 13,4% и 12,3%, КДР на 6,4% и 5,8%. У мужчин уменьшился КСР на 3,6% ($p<0,05$). Отмечено также увеличение Е/А на 6,3% у мужчин и на 5.6% у женщин. ФВ ЛЖ достоверно повысилась на 3,4% у мужчин и 3,6% у женщин.

Заключение. Терапия ХСН-СФВ как у мужчин, так и у женщин способствует улучшению качества жизни и уменьшению гипертрофии миокарда и улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики, но у женщин отмечается более выраженная положительная динамика в общем качестве жизни и в его отдельных компонентах, чем у мужчин. В мужской подгруппе в большей степени улучшаются структурно-функциональные параметры миокарда.

221 ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ТЕХНОЛОГИЕЙ ДВУХМЕРНОГО СТРЕЙНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАКТОМ МИОКАРДА

Олейников В. Э., Галимская В. А., Романовская Е. М.

ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет", Пенза, Россия

Цель. Оценить показатели глобальной продольной (GLS), циркулярной (GCS), радиальной (GRS) деформации миокарда методом двухмерного стрейна (ДОП) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST (STEMI) после проведения чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием инфаркт-связанной артерии.

Материал и методы. Обследовано 2 группы: 1 группа (n=17) — больные с STEMI (49,53±12,58 лет), 2 группа (n=20) — здоровые добровольцы (54,2±9,4 года). Критериями включения в исследование были отсутствие предшествующих инфарктов в анамнезе и другой сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, наличие одной инфаркт-связанной коронарной артерии и отсутствие гемодинамически значимых стенозов других артерий по данным коронароангиографии (КАГ). ОИМ подтверждали по данным ЭКГ, уровню кардиоспецифических маркеров некроза миокарда (тропонин Т, КФК-МВ) и результатам КАГ. Эхокардиографическое обследование (ЭХО-КГ) проводилось на ультразвуковом сканере MyLab 90 (Esaote, Италия). Больным с STEMI ЭХО-КГ было проведено через 7 дней от начала заболевания после ЧКВ со стентированием инфаркт-связанной артерии. Для оценки показателей глобальных деформаций использовалось программное обеспечения X-Strain ™.

Результаты. Показатели GLS у пациентов 1 группы (15,26±6,30) были достоверно ниже на 25% по сравнению с контрольной группой (20,3±2,6). При этом у 8 больных с STEMI (47%) после проведения ЧКВ со стентированием инфаркт-связанной артерии результаты достоверно не отличались от контрольных значений (20,2±2,20). Полученные значения GCS в 1 группе (18,03±5,81) были достоверно меньше на 27% по сравнению с группой здоровых субъектов (25,1±4,01). У 8 больных показатели GCS (21,1±5,05) были сопоставимы со значениями, полученными во 2 группе. Глобальная радиальная деформация в 1 группе (34,06±12,56) превысила на 2% соответствующий контрольный показатель (33,5±2,19). Значения GRS у больных с эффективным ЧКВ (n=8) (42,7±11,8) достоверно превышали значения, полученные во 2-й группе на 27%.

Заключение. Своевременное ЧКВ со стентированием инфаркт-связанной артерии у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST позволило сохранить контрактильную функцию миокарда у 47% больных, о чем свидетельствует сохранение деформационных показателей на должном уровне при сопоставлении со здоровыми субъектами. У больных 1 группы выявлено снижение продольной и циркулярной деформации, а радиальная — превышала аналогичные контрольные показатели.

222 ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Олемпиева Е. В., Халимова О. Н., Нешин С. Г., Филев В. И., Сальниченко В. И.

Медико-санитарная часть УФСБ России по Ростовской области, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Оценка влияния молекулярных вазоконстриктантов на состояние тонуса сосудистой стенки.

Материал и методы. Материалом для исследования выбрана сыворотка венозной крови. На основании данных анамнеза, осмотра, ультразвукового и электрофизиологического исследований было выделено 2 основные группы обследуемых. Контрольная группа представлена 30 практически здоровыми женщинами репродуктивного возраста без признаков сердечно-сосудистой патологии. Клиническая группа состояла из 45 женщин репродуктивного возраста с верифицированной гипертонической болезнью I стадии I степени, длительность основного заболевания не превышала 5–6 лет. Для достижения поставленной цели определяли количество малонового диальдегида (МДА), уровень молекул средней массы (МСМ), внеэритроцитарного гемоглобина (ВЭГ), окисленных и резистентных к окислению липопротеидов (ЛП) по унифицированным методикам.

Результаты. У пациенток клинической группы отмечается увеличение общего количества ЛП на 78,2% относительно контрольной группы. При этом отмечается достоверный рост количества окисленных ЛП на 64,7% при более выраженном снижении резистентных форм ЛП на 85,0%. Окисленные ЛП действуют как лиганды, запускающие каскад внутриклеточных сигналов через ц-АМФ или инозитол-трифосфатный путь. Они увеличивают концентрацию цитозольного кальция в эндотелиальных клетках гладких мышц сосудов, что обеспечивает

их вовлечение в процессы мышечного сокращения. Также отмечается рост ВЭГ на 51,7%, что свидетельствует об активации металл-индуцированного окисления ЛП сыворотки крови, что документируется ростом концентрации МДА на 94,3%. Значительное накопление МДА способствует формированию эндотелиальной дисфункции и спазму сосудов. По отношению к сосудистой стенке МДА оказывает как прямое действие на клеточные мембраны по принципу рецепторных взаимодействий или токсических ядов, так и опосредованное воздействие на сосудистой русло через активацию тромбоцитов и лейкоцитов. Необходимо отметить, что у пациенток данной группы отмечается накопление МСМ на 53,3%. Следовательно, можно полагать, что при ГБ имеет место повреждение, как липидного, так и белкового компонента липопротеидных частиц, что способствует их дополнительной окислительной модификации.

Заключение. Таким образом, установлено, что при ГБ отмечается окислительная модификация липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) за счет изменения их липидного и белкового компонентов. Подобная картина сочетается с ростом МДА и МСМ, что свидетельствует о развитии эндогенной интоксикации и обеспечивает молекулярную основу развития вазоконстрикторных реакций в начальной стадии развития гипертонической болезни. Данные биохимические маркеры могут быть использованы не только для оценки развития эндотелиальной дисфункции, но и в качестве предикторов формирования начальной стадии ГБ.

223 ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Оленко Е.С.[1]; Киричук В.Ф.[1]; Кодочигова А.И.[1]; Журкин И.Г.[2]
[1]ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов; [2]ФКУЗ МСЧ-64 ФСИН России, Саратов, Росиия

Исследования психофизиологических факторов, ассоциированных с артериальной гипертонией (АГ), часто критикуются по методологическим причинам, так как не всегда ясно, являются ли обнаруженные особенности личности изначально присущими данным больным или они развиваются вторично, как реакция индивидуума на само заболевание (Погосова Г.В., 2004).

Цель. Установить личностные особенности и их половые различия у больных с впервые верифицированной АГ у лиц молодого возраста, не имеющих основных факторов риска указанной патологии.

Материал и методы. Под наблюдением было 125 больных (80 мужчин и 45 женщин) с впервые верифицированной АГ молодого возраста, то есть лица, которые не подозревали о существовании у них этого заболевания. Следовательно, влияние самого заболевания на личность исключалось. Средний возраст всех больных АГ составил 28,0 (22,0; 36,0) лет. В качестве групп контроля использовались показатели клинически здоровых мужчин и женщин молодого возраста (n=125), средний возраст которых составил 22,0 (19,0; 26,0) лет. Типы акцентуаций характера исследовались по методу К. Леонгарда. Показатели реактивной и личностной тревожности определялись с помощью метода Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина. Уровень невротизации исследовался по методике К. Хека и Х. Хесса.

Результаты. У больных молодого возраста с впервые выявленной АГ в характере увеличивается влияние Л 6-тревожной акцентуации, и снижаются показатели Л 1-гипертимной, Л 9-педантичной, Л 3-циклотимной акцентуаций, а также возрастают значения реактивной, личностной тревожности и уровня невротизации. С помощью регрессионного анализа с пошаговой минимизацией переменных были отобраны психофизиологические признаки, характерные для больных с впервые выявленной АГ, вне зависимости от пола. Коэффициент множественной регрессии R=0,5012. Уравнение объясняет 96,4% вариантов зависимой переменной. F (8,241) =10,105 при p<0,0001. Построить какие-либо уравнения зависимости психофизиологических особенностей личности от пола у больных АГ не удалось.

Таким образом, у больных молодого возраста с впервые выявленной АГ, вне зависимости от пола, психофизиологические особенности характеризуются повышением реактивной тревожности в большей степени и в меньшей — личностной тревожности, по Ч.Д. Спилбергеру — Ю.Л. Ханину, нарастанием Л 6-тревожной акцентуации в характере и понижением Л 1-гипертимной, Л 9-педантичной, Л 3-циклотимной акцентуаций, по К. Леонгарду.

Заключение. 1) Психофизиологические особенности личности у больных молодого возраста с впервые выявленной АГ, без основных факторов риска развития указанной патологии, отличаются от аналогичных показателей у клинически здоровых лиц и, возможно, являются первичными. 2) У больных АГ существенно повышается реактивная тревожность, в меньшей степени — личностная тревожность, по Ч.Д. Спилбергеру — Ю.Л. Ханину, а также повышаются значения Л 6-тревожной акцентуации, по К. Леонгарду. Кроме того, у больных АГ существенно снижаются значения Л 1-гипертимной, Л 9-педантичной и Л 3-циклотимной акцентуаций, по К. Леонгарду. 3) Личностные особенности у больных молодого возраста с впервые выявленной АГ не имеют существенных отличий по половому признаку: и у мужчин, и у женщин преобладает схожий тревожно-дистимный тип личности по К. Леонгарду, с одинаковыми показателями реактивной, личностной тревожности и уровнем невротизации.

224 ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ СТАТИНОВ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Осадчук М.А., Корженков Н.П., Буторова Л.И., Солоденкова К.С., Кузнецова С.Ю.
ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им.И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Оценить безопасность и эффективность терапии статинами при лечении дислипидемии у больных с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) на фоне ожирения и гиперхолестеринемии.

Материал и методы. Обследовано 45 пациентов с ХИБС (стенокардия напряжения II функциональный класс — у 37 больных и безболевая ишемия миокарда — у 8 пациентов), с метаболическим синдромом (МС), подтвержденным клинико-лабораторными и инструментальными (эхокардиография, велоэргометрия и холтеровское мониторирование ЭКГ) исследованиями, и лабораторно доказанной атерогенной дислипидемией. У всех пациентов, включенных в исследование, отмечалось ожирение по абдоминальному типу: обхват талии 110±5,5 см у мужчин и 105±5,2 см у женщин. Поражение печени верифицировано у всех больных с МС (жировая инфильтрация печени — у 36 больных и неалкогольный стеатогепатит (НСГ) — у 9 пациентов); средние значения общего холестерина (ХС) составили 6,8±1,2 ммоль/л, трансаминаз: АЛТ 65±4,5 МЕ/л, АСТ 58±1,2 МЕ/л. Повышение показателей трансаминаз менее чем в три раза позволило назначить комбинированную терапию симвастатином (суточная доза 20–40 мг) и урсодезоксихолевой кислотой (УДХК, суточная доза 15 мг на кг веса) в течение 30 дней всем больным с ХИБС.

Результаты. На фоне совместной терапии симвастатином (суточная доза 20–40 мг) и УДХК (суточная доза 15 мг на кг веса) в течение 30 дней не зафиксировано ни одного случая превышения значений АЛТ и АСТ, аналогичных показателей в исходном периоде. Средний уровень ХС составил 5,4±1,8 ммоль/л. Наметилась положительная динамика к снижению среднего значения уровня маркеров цитолиза у больных с НСГ через 30 дней (средний уровень АЛТ понизился до 51,3±2,5 МЕ/л, АСТ до 41,2±1,3 МЕ/л). У 4-х пациентов отмечена нормализация АЛТ и АСТ.

Заключение. Комбинированная терапия симвастатином и УДХК у пациентов с ХИБС и МС, жировой инфильтрацией печени или НСГ позволяет достичь эффективного снижения

уровня общего ХС и ХС ЛПНП с одновременным нивелированием возможных побочных эффектов статинов.

225 ТОЧКИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ

Петрищева А. В., Корягина Н. А., Петрищева Г. П.
ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить возможность влияния образовательной программы в условиях муниципального медицинского учреждения на выживаемость пациентов, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) и психологический статус.

Материал и методы. В муниципальной больнице в течение 4-х лет работала школа здоровья (ШЗ) для пациентов с заболеваниями ССС. Всего было проведено 46 циклов по 5 занятий в каждом. Пациенты в возрасте 40–70 лет и посетившие больше 3 уроков составили группу наблюдения — 222 человека (1 гр.). 39 пациентов этого же возраста, не занимавшиеся в ШЗ вошли в контрольную группу (2гр.). На начало исследования группы были сопоставимы по возрасту: 58,8±7,0 (1гр.) против 59,1±6,9 лет (2гр.) (p=0,774). Пациенты перед выпиской из стационара заполняли анкету госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS); функциональное состояние ССС оценивали с помощью теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и показателя эхокардиограяии — фракция выброса (ФВ). Пациенты 1-й группы периодически наблюдались. Повторное обследование проводилось через 2 года.

Результаты. При 1-м обследовании: уровень тревоги в обеих группах находился на субклиническом уровне (7,33±3,56 и 7,62±5,09 баллов, p=0,694); проявлений депрессии не было в обеих группах. Средняя дистанция, пройденная в ТШХ, не различалась между группами (в 1гр. 439,09±95,88 м и во 2 гр. 430,77±86,13 м, p=0,630), соответствовала I функциональному классу по NYHA, значение ФВ было удовлетворительным в 1-й и 2-й группах (58,13±8,51% и 56,71±9,38%, p=0,376). Через 2 года в 1-й группе осталось 211 пациентов: о 3 человек нет сведений, 8 — умерли (1 — от онкопатологии, от заболеваний ССС –7 (общая смертность — 3,69%, от патологии ССС — 3,21%). В контрольной группе осталось 35 человек; 4 умерли от заболевании ССС (летальность — 10,26%). Через 2 года изучаемые показатели оценивались отдельно внутри каждой группы. В 1-й группе достоверно снизился уровень тревоги и депрессии (p=0,000). Дистанция ТШХ увеличилась с 437,02±104,08м до 466,34±86,96 (p=0,000), ФВ незначительно возросла до 59,35±7,68% (p=0,623). Иная картина наблюдалась в контрольной группе: показатели тревоги и депрессии не улучшились (p=0,465 и p=0,583, соответственно). При недостоверном снижении ФВ до 53,27±12,07% (p=0,859) дистанция в ТШХ сократилась с 405,00±65,65 м до 300,17±50,91 м (p=0,028).

Заключение. Активное участие пациентов с заболеваниями ССС в образовательных программах с последующим поддержанием связи с врачом позволяет положительно влиять как на суррогатные точки (улучшение функционального состояния и психологического статуса), так и на конечный результат (снижение летальности).

226 ПЕРЦЕПЦИЯ БОЛИ И УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х

Петрова В. Б., Петрова А. Б., Болдуева С. А.
Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

У пациентов с ангинозными болями, положительными нагрузочными тестами, но ангиографически интактными коронарными артериями (КА) диагностируется Кардиальный синдром Х (КСХ). Патогенез этого заболевания в настоящее время до конца не ясен, некоторые авторы считают основной причиной КСХ нарушение болевой (ноцицептивной) чувствительности, другие нарушение микроваскулярного русла.

Цель. Изучение восприятие боли и уровня сывороточного эндотелина-1 у больных Кардиальным синдромом Х.

Материал и методы. Всего обследовано 45 пациента с диагнозом Кардиальный синдром Х от 41 до 75 лет (средний возраст 58,02±1,15 года) из них 34 женщин (76,1%) и 11 мужчин (23,9%). Болевой синдром в грудной клетке отмечался у всех 45 больных.

Всем испытуемым проводилось исследование функциональной активности ноцицептивных и антиноцицептивных систем методом ноцицептивного флексорного рефлекса на аппаратуре экспертного класса Nicolet VikingSelect, фиксировались значения порога боли (Пб), порога рефлекса (Пр) и для точного определения соотношения между болью и порогом рефлекса вычисляли коэффициент Порог боли/Порог рефлекса (Пб/Пр), который у здоровых равен примерно 0,9–1,0. Содержание эндотелина-1 в сыворотке периферической крови определяли методом ИФА (иммуноферментного анализа) с использованием коммерческих тест-систем “Endotelin 1–21” фирмы Biomedica Gruppe. Свежие образцы немедленно после забора крови были помещены на лед и центрифугированы в течение дня.

Результаты. При исследовании НФР у пациентов с КСХ по группе в целом были выявлены снижение порога боли, порога рефлекса и соотношения (Пб/Пр) по сравнению с нормальными значениями. В группе КСХ Пб равнялся 9,5±0,59 мА; Пр = 12,1±0,58мА; Пб/Пр = 0.78±0,02.

При изучении уровня эндотелина –1 у пациентов с КСХ методом ИФА при норме 0,26 фмоль/л отмечалось повышение уровня данного пептида до 2,6±0,5 фмоль/л. Был проведен корреляционный анализ между уровнем эндотелина-1 и параметрами НФР. Наблюдалась обратная выраженной силы корреляционная связь между уровнем эндотелина-1 и порогом боли (–0,382; p<0,01), а также между уровнем эндотелина-1 и соотношением Пб/Пр (–0,787; p<0,01).

Заключение. У пациентов с Кардиальным синдромом Х был выявлено снижение болевого порога и повышенный уровень эндотелина-1. Мы наблюдали достоверную связь между повышенным уровнем эндотелина-1 и сниженным болевым порогом у пациентов с КСХ.

227 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Петрова М. Н.
ФГАОУ ВПО “Северо-Восточный федеральный университет”, Якутск, Россия

Предпосылкой для исследования послужил тот факт, что официальных данных о заболеваемости подагрой в Республике Саха (Якутия) нет (по стат. данным МЗ РС (Я) от 2007, 2013 гг.).

Цель. Изучить современное течение подагры в Республике Саха (Якутия) в рамках многоцентрового исследования по подагре (2007–2012гг).

Материал и методы. Анкетирование (ГУ Институт Ревматологии РАМН), лабораторное и инструментальное исследования, заполнение электронной базы данных пациентов, госпитализированных в ревматологическое отделение МУ “ЯГКБ”.

Результаты. В исследование включили 44 пациента. Коморбидный фон. АГ – у 22 пациентов (50%); ИБС – у 7 (16%); СД типа 2 – у 4 (9%); инфаркт – у 2 (4,5%)), инсульт – у 1 (2,3%); ХСН – у 2 (4,5%), ХПН – у 1 (2,3%) нефролитиаз – у 9 (20%). ИМТ в среднем 28 кг/м^2 [24;49], что свидетельствует об избыточной массе тела обследованных. Соотношение объема талии к объему бедер, в среднем, составило 1,09, что является показателем андроидного ожирения. Клинические наблюдения. В 2007 году наблюдали мужчину 57 лет с вторичной тофусной подагрой, сопутствующей ИБС**,** фибрилляцией предсердий и АГ, (ИМТ 29 кг/м^2). У пациента следующие факторы риска

подагры: прием алкоголя (50 мл. водки в неделю), курение, прием мочегонных и антиаритмических препаратов. При ЭхоКГ: атриомегалия (ЛП 42 мм.), гипертрофия левого желудочка, что свидетельствует о поражении сердца в рамках сопутствующей АГ. В возрасте 60 лет (2010 год) у него произошёл инсульт, возможными причинами которого явились патогенез подагры, который приводит к раннему атеросклерозу, нерегулярный прием гипотензивной и антиурикемической терапии, несоблюдение диеты и злоупотреблением алкоголем В рамках исследования было 3 повторных поступления.. Особого внимания заслуживает подагра у молодых. 35-летний мужчина с вторичной подагрой был включен в исследование в 2007 году. У него было 5 эпизодов острого артрита в течение года, предшествовавшего его первой госпитализации. У отца СД типа 2. Повторная госпитализация в 2010 году. Таким образом, этот молодой пациент имеет множество факторов риска развития подагры: ожирение (ИМТ 44 кг/м^2), соотношение ОТ/ОБ 1,46; Значительное повышение трансаминаз в 2007 и 2010гг: (АЛТ 40–94,1 IU/L; АСТ 75,9 и 58,2 IU/L.), хронический панкреатит (при УЗИ); усугубление АГ 130/90 мм рт.ст. (2007г) 180/120 мм. рт. ст. (2010г), расширение левого (59 мм) и правого (35 мм) желудочков сердца, атриомегалия (правое предсердие расширено = 50х37 мм), и гипертрофия левого желудочка по данным Эхо-КГ. Во время второй госпитализации диагностировали СД типа 2 (гликемия 6,34–13,8 ммоль/л); двусторонний нефролитиаз. Мочевая кислота в динамике 2007–2010 гг. 787–288 и 308 мкмоль/л.

Заключение. В ряде случаев наблюдается низкая комплаентность, несоблюдение диеты, что приводит к повторным поступлениям. Результаты исследования будут использованы для уточнения особенностей течения подагры в Республике Саха (Якутия) разработки профилактических мероприятий, особенно среди лиц молодого возраста с сопутствующими метаболическими нарушениями.

228 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЯМИ ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ

Пикулина Н. Е., Руденко А. В., Корнеева Е. В.
ГБОУ ВПО “Сургутский государственный университет ХМАО-Югры”, БУ ХМАО — Югры “Окружной кардиологический диспансер “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии”, Сургут, Россия

Цель. Изучить особенности ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с аритмиями длительно проживающих на Севере.

Материал и методы. На базе ОКД “ЦД и ССХ” было произведено функционально (холтеровское ЭКГ), ультразвуковое обследование (ЭХО ЭКГ) 57 мужчин и женщин в возрасте старше 50 лет с нарушениями ритма сердца в течение 4–6 мес. Конечной точкой за этот период наблюдения явилось наличие или отсутствие развития ФП. По частоте приступы ФП делили на редкие, средней частоты, частые, сверхчастые, непрерывнорецидивирующие. Тип геометрии миокарда ЛЖ определялся по классификации (нормальная геометрия ЛЖ, концентрическое ремоделирование ЛЖ — КРлж, концентрическая гипертрофия ЛЖ — КГлж, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ — ЭГлж). В М-модальном режиме изучали следующие показатели: конечно-диастолические размеры ЛП и ЛЖ (КДРлж, мм), конечно-систолический размер ЛЖ (КСРлж, мм), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ЗСЛЖд, мм), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (МЖПд, мм), конечно-диастолический объем ЛЖ (КДОлж, мл), конечно-систолический объем ЛЖ (КСОлж, мл). Масса миокарда ЛЖ (ММлж, г) определялась по формуле Devereux (1986). Рассчитывали индекс ММлж (ИММлж, г/м^2), отношение КДОлж/ММлж, индекс относительной толщины стенок ЛЖ (ИОТСлж), как отношение двойной толщины ЗСЛЖд к КДРлж, ударный объем ЛЖ (УОлж), фракцию выброса ЛЖ (ФВлж,%).

Результаты. В I группе у пациентов (26 человек) отсутствовали ФП. У пациентов II группы (31 человек) были выявлены ФП. В исследование включали больных заболеваниями щитовидной железы (ЗЩЖ), перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в предыдущие 3 мес, нестабильной стенокардией. Нормальная ГМлж в I группе встречалась у 53,8%, во II — у 64,5%. Изменение геометрии было выявлено у 35,5% и 38,4% у пациентов соответствующих групп. Наиболее распространенной формой была ЭГлж — у 50% (I группа) и 63,6% (II группа). КГлж встречалась у 20 и 27% пациентов. У пациентов во II группе КДРлп был больше на 7,2%, показатели гипертрофии миокарда ЛЖ (ММлж — на 14,6%, ИММлж — на 8,2%, ЗСЛЖд — на 8,3%, МЖПд — на 7,9%), чем у больных без аритмии. При сравнении по показателям стресс-ЭхоКГ выявлено, что соотношение пиков Е/А на митральном клапане, исходно неразличались в этих группах (1,31±0,50 и 1,31±0,42).

Заключение. Таким образом, длительное воздействие северных климато-географических и индивидуальных факторов на сердечно-сосудистую систему приводит к частому развитию аритмий по типу фибрилляций предсердий на фоне ремоделирования левого желудочка сердца.

229 ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Поварницина С. С., Гарифуллина О. П., Кардапольцева М. М.
ГБОУ ВПО “Ижевская государственная медицинская академия” МЗ РФ, Ижевск, Россия

В настоящее время частота определения в крови показателей биополимеров соединительной ткани при различной соматической патологии у разных категорий людей увеличивается с каждым днем, но до настоящего времени в связи с различными трудностями остаются необследованными беременные женщины.

Цель. Изучение метаболитов коллагена в крови беременных женщин, страдающих артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Была определена концентрация свободного гидроксипролина по методике П. Н. Шараева (1976) с использованием парадиметиламинобензальдегида и коллагенолитической активности (E. Schalinatus et al., 1978, в модификации П. Н. Шараева и соавт., 1987) в образцах крови 60 беременных женщин в возрасте от 19 до 46 лет (средний возраст которых составил 31,26±0,86 лет). Забор крови производился после получения информированного согласия у женщин в сроке 14–16 недель, 28–30 недель и 36–40 недель беременности, находившихся под наблюдением в течение всего срока гестации в условиях БУЗ УР “РКДЦ МЗ УР”. Критерием исключения явилось наличие у женщин сопутствующих сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний, острых, хронических инфекционных и системных заболеваний.

Количество свободного гидроксипролина (СГ) выражали в микромолях на 1 литр околоплодных вод (мкмоль/л), коллагенолитическую активность (КА) — в микромолях гидроксипролина на 1 грамм белка за 1 час (мкмоль/г/час).

Результаты. I группу женщин составили 30 женщин с установленным до беременности диагнозом АГ I–III степени и II группу — 30 практически здоровых беременных.

Показатели свободного гидроксипролина в течении беременности были определены следующими: в 14–16 недель в I группе составили 163,78±19,31 мкмоль/л, во II — 237,79±11,77 мкмоль/л, в 28–20 недель, соответственно — 320,46±18,77 мкмоль/л и 286,02±14,58 мкмоль/л и в 36–40 недель 372,58±16,88 мкмоль/л и 379,61±24,12 мкмоль/л. Статистически достоверной разницы между показателями у практически здоровых женщин и у беременных с АГ в течение всего срока гестации не наблюдалось.

Коллагенолитическая активность является показателем распада коллагена. В течение гестации у женщин I группы в 14–16 недель КА составила 0,64±0,44 мкмоль/г/ч, во II — 0,02±0,01 мкмоль/г/ч, в 28–30 недель, соответственно, 1,61±0,76 мкмоль/г/ч и 1,53±0,36 мкмоль/г/ч, в 36–40 недель

беременности, соответственно, 1,86±0,28 мкмоль/г/ч и 0,14±0,4 мкмоль/г/ч.

Заключение. Установленное незначительное повышение показателей свободного гидроксипролина и коллагенолитической активности у беременных с артериальной гипертензией в течение всего срока гестации свидетельствует об угнетении катаболических процессов биополимеров соединительной ткани у данной категории беременных, что, соответственно, может служить признаком повышенных компенсаторно-приспособительных реакций.

230 СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АНТИОКСИДАНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Полонская Я. В.[1], Каменская О. В.[2], Каштанова Е. В.[1], Стахнёва Е. М.[1], Садовский Е. В.[1], Кургузов А. В.[2], Чернявский А. М.[2], Рагино Ю. И.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное учреждение "Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины " Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (ФГБУ "НИИТПМ" СО РАМН), Новосибирск; [2]ФГУ Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Е. Н. Мешалкина Минздравсоцразвития РФ, Новосибирск, Россия

Цель. Изучение степени окислительного повреждения свободными радикалами липопротеинах низкой плотности (ЛНП) и их связь с антиоксидантными способностями организма.

Материал и методы. В исследование были включено 42 мужчины с кальцинозом коронарных артерий по данным предварительного исследования (коронарография), поступившие на оперативное лечение в Клинику ФГУ ННИИ патологии кровообращения Минздравсоцразвития РФ. Для исследования были отобраны пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС). У всех мужчин измеряли показатели активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), такие как: исходный уровень продуктов ПОЛ в выделенных из крови ЛНП по концентрации конечного продукта окисления липидов — малонового диальдегида (МДА) и резистентность ЛНП к окислению (оцениваемая по уровню продуктов ПОЛ в ЛНП через 30 минут их инкубации *in vitro* с катализаторами окисления ионами меди), определяли концентрации в ЛНП антиоксидантов α-токоферола, β-каротина и ретинола, степень окислительного повреждения свободными радикалами с помощью теста FORT и общую антиоксидантную способность с помощью теста FORD (Callegari, Италия), разработанных для наиболее полной и быстрой оценки окислительного стресса и антиоксидантного потенциала организма. Статистическую обработку результатов проводили в лицензионной программе SPSS for Windows, используя критерий статистической достоверности $p<0,05$.

Результаты. Проведенный корреляционный анализ выявил связи между исследуемыми показателями. Показатели исходного уровня продуктов ПОЛ в ЛНП коррелировали со степенью окислительного повреждения свободными радикалами, а также с такими показателями антиоксидантов как α-токоферол и β-каротин. При определении уровня резистентности к окислению обнаружена корреляционная взаимосвязь с ретинолом и токоферолом.

Заключение. Уровень токоферола коррелирует со степенью окислительного повреждения свободными радикалами и общей антиоксидантной способностью. Степень окислительного повреждения свободными радикалами коррелирует с общей антиоксидантной способностью.

231 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Полякова О. М., Козлов Я. С.**, Баталин В. А.*, Галин П. Ю.*, Баталина М. В.**

*ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ, Оренбург; **ГБУЗ ООКПБ № 1, Оренбург, Россия

Цель. Определить частоту встречаемости метаболического синдрома у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом.

Материал и методы. Основную группу составили 156 пациентов, страдающих шизофренией с длительностью заболевания от 1 до 5 лет, систематически принимающих антипсихотические препараты. В группу сравнения было включено 64 человека, данные которых были получены в ходе планового медицинского осмотра. Основная и контрольная группы не имели значимых различий по полу и возрасту. Диагностика шизофрении проводилась на основании дефиниций раздела F2 МКБ-10. Наличие метаболического синдрома (МС) определялось с использованием критериев Национальных рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике (2011). Во время рутинного осмотра у больных шизофренией измерялась окружность талии, и при превышении её объема 80 см у мужчин и 94 см у женщин, проводились исследования, направленные на выявление дополнительных критериев МС: артериальной гипертензии (АГ), гипертриацилглицеридемии (ГТАГ), снижения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), повышения уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и гипергликемии натощак.

Результаты. Средний возраст пациентов основной группы составил 31,4±9,36 лет, контрольной 30,1±7,29. В обеих группах наблюдалось незначительное преобладание женщин, количество которых составило в основной группе 88 человек (56,4%), а в контрольной — 35 человека (53,0%). В основной группе абдоминальное ожирение (АО) было выявлено у 84 больных (53,8%), оно достоверно ($p<0,05$) чаще встречалось среди женщин, чем среди мужчин (у 61,4% и 44,1% данного пола, соответственно). Среди дополнительных критериев МС преобладали повышенный уровень ХС-ЛПНП (50,1%), пониженный уровень ХС-ЛПВП (48,3%), АГ (34,6%), ГТАГ (26,8%). Реже всего встречались гипергликемия натощак (8,1%). Метаболический синдром был диагностирован у 58 пациентов (39,1%).

В группе сравнения абдоминальное ожирение было выявлено у 14 человек (21,9%), а метаболический синдром был диагностирован в 7 случаях (10,9%; все — женщины). В 4-х случаях наблюдалось сочетание АО с АГ и повышенным уровнем ХС-ЛПВП, в двух — с АГ, повышенным уровнем ХС-ЛПВП и ГТАГ, в одном — с АГ и пониженным уровнем ХС-ЛПВП.

Заключение. Распространенность МС среди больных шизофренией достоверно выше, чем в среднем в популяции, уже на ранних этапах заболевания. Более вероятно развития МС у женщин ($p<0,05$). В связи с высоким риском развития МС, больные шизофренией нуждаются в систематическом наблюдении для выявления МС и его коррекции.

232 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГЕСТАЦИОННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Попов А. Д., Баязитова О. Е., Зуевская Т. В., Сафарова О. А., Чегус Л. А., Чёрная Е. Е.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Россия

Неинфекционная заболеваемость, "болезни адаптации" — важнейшая проблема здравоохранения экономически развитых странах. Освоение Европейского Севера России и Сибири сопровождается беспрецедентной миграцией населения, причём адаптация организма к суровым природно-климатическим условиям, происходит на фоне длительного и чрезмерного напряжения приспособительных механизмов, что сопровождается нейровегетативными, морфофункциональными и метаболическими расстройствами, изменениями массы тела.

Цель. Оценить состояния гомеостаза на этапах гестации и исходы беременности у женщин с метаболическим синдромом (МС), имеющих ожирение и дефицит массы тела.

Материал и методы. Динамическое клинико-лабораторное обследование проведено у 297 пациенток (проспективное исследование — у 244 женщин, ретроспективный анализ — у 53 беременных). Группу сравнения составили 107 беременных

с нормальными массо-ростовыми соотношениями (у 36 — проспективное исследование, у 71 — ретроспективный анализ медицинских документов). Использованы современные методы оценки клинического состояния и механизмов адаптации: психологические, морфологические, электрофизиологические, гормональные, биохимические, в том числе функциональная компьютерная кардиоинтервалография; определение активности полиаминов; исследование суточной экскреция катехоламинов, естественной резистентности организма. Сформированы 2 клинические группы: 154 беременных с НЭС при избыточной массе тела (1-я группа) и 90 — с дефицитом массы тела (2-я группа). Беременные контрольной группы имели ИМТ 22,37± 0,13 кг/м^2.

Результаты. Абсолютное большинство родителей (87%) пациенток с МС имели артериальную гипертензию, сочетавшуюся с атеросклерозом, ожирением, сахарным диабетом, депрессивными состояниями. Лица контрольной группы были гармонично сложены: размер А (окружность грудной клетки) морфограммы по методу И. Декура и И. Думика составил 77,39±0,24 см. Женщины первой клинической группы отличались тучностью, имели ИМТ= 31,12±0,40 кг/м^2 (p<0,05). Толщина подкожной жировой клетчатки была увеличена везде, но особенно в области верхних отделов туловища, шеи, передней брюшной стенки, что отразилось на характере морфограмм: увеличение размера А до 93,54±1,39 см (p<0,05). У беременных второй группы выявлено несоответствие роста и массы тела: ИМТ составил 18,96±0,12 кг/кв.м (p<0,05); увеличение размера А до 82,26±0,69 см (p<0,05). У женщин основной клинической группы, несмотря на полярные показатели ИМТ, выявлено перераспределение подкожной клетчатки и увеличение размера А. Анализ лабораторных показателей у лиц основных групп выявил значительные колебания показателей общего белка с развитием диспротеинемии. Качественные и количественные параметры липидного обмена в пределах возрастной нормы в контрольной группе зарегистрированы у 87% обследованных и лишь у 17% лиц с ожирением и 36% с дефицитом массы (p=0.025). Уровень общего холестерина был повышен у беременных первой группы до 6,21±0,13 ммоль/л, во второй группе — 5,95±0,20 ммоль/л, что достоверно отличалось от показателей контрольной группы 4,96±0,31 ммоль/л (p<0,05). Повышение содержания липидов происходило за счёт атерогенных фракций, о чём свидетельствуют высокие показатели коэффициента атерогенности: 3,09±0,12 в 1-й группе, 2,98±0,26 во 2-й группе, по сравнению с 2,02±0,23 в контроле (p<0,05). У женщин с ожирением регистрировался 4-й тип дислипидемии (75%), 2-й и 3-й типы — у 25%. У лиц с дефицитом массы тела соотношение 4-го типа со 2-м и 5-м типами составили 56% и 44%, что свидетельствует у них о более выраженных качественных изменениях липидного обмена. В контрольной группе выявлен только 4-й тип дислипидемии у 13% женщин (p=0,025). У беременных с НЭС, независимо от массы тела, выявлены количественные и качественные изменения липидного обмена, причём более грубые у лиц с дефицитом веса. Содержание глюкозы в крови в первом триместре в первой группе составил 4,55±0,18 ммоль/л, во второй — 4,72±0,19 ммоль/л, по сравнению с 4,02±0,17 ммоль/л в контроле (p>0,05, p<0,05). Транзиторная глюкозурия (при исключённом сахарном диабете) имела место только у беременных с изменённой массой тела во 2 триместре, причём в первой группе у 18 (12%) человек, во второй — у 3 (3%) человек. Достоверно более высокие показатели уровня глюкозы в крови в первом триместре, транзиторная глюкозурия и наследственная отягощённость по сахарному диабету у беременных основной группы отражают особенности метаболизма углеводов у лиц с ожирением и дефицитом массы тела. Беременность у женщин основной группы протекала с угрозой преждевременного прерывания, а с началом второго триместра у всех пациенток констатирована клиническая картиной гестоза преимущественно в отёчной, гипертензивной или при сочетании этих форм.

Заключение. 1. У женщин с центральным (абдоминальным) распределением подкожной клетчатки при ожирении и дефиците массы тела в течение беременности выявлены однонаправленные компенсаторные реакции и гестационные осложнения, эквивалент которых идентичен метаболическому синдрому. 2. Беременные с абдоминальным ожирением и дефицитом массы тела изначально формируют группу риска по гестационным осложнениям, репродуктивным потерям и болезням адаптации.

233 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Попова Т. А., Хайрединова О. П., Первова Н. Г., Нагорнова Н.А., Пьянкова Е. Э., Зобнина А. В.

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение “Научно-клинический центр охраны здоровья шахтёров”, Ленинск-Кузнецкий, Россия

Цель. Анализ клинического течения и оценка отдаленного прогноза у больных после комплексного лечения острого инфаркта миокарда.

Материал и методы. В исследование были включены 71 больной (мужчин- 51, женщин-14) в возрасте от 36 до 77лет (средний возраст- 56,98 лет). Диагноз острый инфаркт миокарда был подтверждён клинико-анамнестическими данными, изменениями по электрокардиограмме, ЭХО-кардиограмме, повышением кардиоспецифических ферментов. Все пациенты в острый период находились в палате интенсивной терапии, где проводилась терапия, соответствующая современным национальным рекомендациям. Тромболитическая терапия проведена по показаниям 10 пациентам (14%). Параллельно медикаментозной терапии проводилась поэтапная реабилитация пациентов. Средние сроки пребывания в кардиологическом отделении терапевтического профиля составили 17 суток ±2 дня. Больных в стабильном состоянии больных на реанимобиле в сопровождении кардиолога и реаниматолога доставляли в регионарный сосудистый центр, отдаленностью от города 80 км, где 68 (95,7%) проводилась коронароангиография. При этом 28 пациентам (39,43%) установлены стенты в гемодинамически значимую коронарную артерию, 20 больным (28,16%) приведено аортокоронарное и маммарокоронарное шунтирование. Всем пациентам при выписке из кардиохирургического стационара была рекомендована консервативная терапия. Контрольное обследование проводилось в сроки после оперативного вмешательства (в среднем 12–16 месяцев), которое включало оценку клинической симптоматики, электрокардиограммы в покое, тест 6-ти минутной ходьбы, ЭХО-кардиограммы, нагрузочной пробы (велоэргометрию) при отсутствии противопоказаний, количества повторных госпитализаций в течение 1 года, процент летальных исходов в течении 12 месяцев. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel XP.

Результаты. У 68 (95,7%) пациентов имело место значимое поражение коронарного русла: одососудистое — у 9 (12,67%), двухсосудистое-у 10 (14,08%), трехсосудистое и более — у 35 (49,29%). У 46 пациентов (64,7%) было поражение ПНА, у 42 (59,15%) –ПКА, у 8 (11,26%) поражен ствол ЛКА, у 17 (23,94%) -ВТК, ОА — у 27 (38,02%), 1ДВ у 12 (16,9%) пациентов. В отдаленные сроки наблюдения клиническое улучшение в виде отсутствия и урежения приступов стенокардии наблюдалось у 44 (69,97%) больных, повторный инфаркт миокарда развился у 4 (5,63%) человек. В среднем больные по тесту 6-ти минутной ходьбы проходили 309,375 м. По данным контрольной ЭХО-кардиограммы фракция выброса левого желудочка составила в среднем 54,57% (прирост 14,57%). При выполнении нагрузочной пробы (ВЭМ) в средне-отдаленные сроки после операции толерантность к физической нагрузке составила в среднем 71,87 ВТ. Повторная госпитализация с прогрессированием коронарной патологии была у 20 (28,16%) пациентов. Летальность в течении исследуемого периода составила 0%.

Заключение. В средне-отдаленные сроки, после комплексного лечения больных перенесших острый инфаркт миокарда, наблюдается высокая клиническая эффективность, потверждаемая данными ЭХО-кардиограммы, ВЭМ, тестом 6-ти минутной ходьбы, субьективным самочувствием больного, снижением повторных госпитализаций.

234 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДИКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ-ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ

Прокопова Л. В., Кашуба С. М., Ситникова М. Ю.
ФГБУ "ФМИЦ им. В.А. Алмазова" Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить прогноз течения систолической сердечной недостаточности у пациентов-жителей Северо-Западного региона России с позиции изучения современных предикторов.

Материал и методы. Проспективное исследование 83 пациентов, наблюдающихся кардиологом-специалистом по сердечной недостаточности. Критерии включения: пациенты с ХСН II — IV ФК с ФВ менее 40%, в возрасте до 65 лет, подписавшие добровольное согласие на участие в исследовании. Проанализирована прогностическая значимость 130 параметров, в том числе концентрация NT-proBNP, ST2 в сыворотке крови; показатели кардиореспираторного теста. Данные о реальной выживаемости пациентов получены в ходе телефонного опроса спустя 1 год. Полученные данные обработаны с помощью программы STATISTICA 6.

Результаты. 76% (n=63) составили — мужчины, 24% — женщины (n=20). ФК ХСН в среднем достигал 2,7±0,7 ФК, распределение по ФК ХСН (II: III: IV) — 34%:53%:13%. Ишемическая этиология ХСН диагностирована у 55% (n =46) пациентов. Показатели ЭХО КГ: ФВ по Simpson 25±8,5%, индекс КДО ЛЖ 126,9±39,4мл/м^3, индекс КСО ЛЖ 91,9±39,4мл/м^3. В течение 1 года летальные исходы зафиксированы в 10% случаев (n=8). Трансплантация сердца выполнена 4 пациентам; 2 — имплантирована система EXCOR. Группа умерших пациентов отличалась большей частотой дыхательных движений (p=0,009), меньшим уровнем альбумина (p=0,04), высоким содержанием NT-proBNP (p=0,03) и ST2 (p=0,005) в сыворотке крови, увеличенным индексом массы миокарда (p=0,02), низким потребление кислорода на пике нагрузки (VO2 peak) (p=0,00001). Установлена корреляция ST2 с повышенным уровнем NT-proBNP r=0,48 (p=0,05), мочевой кислоты r=0,38 (p=0,05), креатинина r=0,34 (p=0,05) в сыворотке крови; сниженной скоростью клубочковой фильтрации (MDRD) r = –0,3 (p=0,05); низким уровнем альбумина r=–0,3 (p=0,05); недостаточным потреблением кислорода на пике нагрузки — VO2peak r=–0,56 (p=0,05).

Заключение. ST 2 — мощный предиктор оценки тяжести систолической сердечной недостаточности у пациентов Северо-Западного региона России, сопоставимый по значимости с "золотыми" стандартами оценки прогноза: концентрацией NT-proBNP и показателем VO2peak.

235 ПАЦИЕНТАМ ВЫСОКОГО РИСКА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST РЕЖЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ, УЛУЧШАЮЩЕЕ ВЫЖИВАЕМОСТЬ В КРАТКОСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ

Посненкова О. М., Киселев А. Р., Попова Ю. В., Волкова Е. Н., Гриднев В. И., Довгалевский П. Я.
ФГБУ "Саратовский НИИ кардиологии" Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Выявить лечебные мероприятия, влияющие на уровень внутригоспитальной смертности у российских пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), и сравнить их применение у пациентов с различным уровнем риска госпитальной смерти.

Материал и методы. В исследование включены данные 6541 пациента с ИМпST, содержащиеся в федеральном регистре ОКС за 2013 г. Регистр ОКС — это непрерывный, многоцентровый регистр, функционирующий через сеть Internet в режиме реального времени. Критерии включения в исследование: возраст не менее 18 лет, диагноз ИМпST при выписке, данных достаточно для расчета риска госпитальной сметри по шкале GRACE. Для выявления факторов, связанных с лечением, которые влияют на уровень госпитальной смертности (т.н. мероприятия, улучшающие выживаемость), использовалась регрессия Кокса. Сравнивалось применение мероприятий, улучшающих выживаемость, у пациентов с низким, средним и высоким риском госпитальной смерти по шкале GRACE.

Результаты. Среди 6541 пациентов с ИМпST, включенных в исследование, 1401 пациент (21,4%) принадлежал к категории низкого риска, 2181 пациент (33,3%) — к категории среднего риска и 2959 пациентов (45,3%) — к категории высокого риска госпитальной смерти по шкале GRACE. Согласно регрессии Кокса, построенной над данными всех пациентов, включенных в исследование, главными факторами, влияющими на уровень внутригоспитальной смертности, являются: выполнение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), назначение иАПФ/АРА, β-блокаторов, статинов, блокаторов кальциевых каналов дигидропиридиновых (дБКК). Были выявлены достоверные отличия в применении указанных мероприятий у больных с высоким риском госпитальной смерти от больных с низким и средним риском (p<0,001). ЧКВ выполнено у 32,1% в группе высокого риска против 49,5% и 47,5% в группах низкого и среднего риска, соответственно. иАПФ/АРА назначались 83,6% больных высокого риска против 90,9% и 91,6% больных низкого и среднего риска, соответственно. β-блокаторы назначались 88,7% пациентов в группе высокого риска по сравнению с 95,2% и 93,9% пациентов в группах низкого и среднего риска. Статины получили 90,9% больных высокого риска против 95,1% и 95,5% пациентов низкого и среднего риска. В группе высокого риска дБКК назначались 8,8% пациентов, тогда как в группах низкого и среднего риска частота их назначения составила 10,4% и 9,6%, соответственно.

Заключение. Среди российских пациентов с ИМпST выполнение ЧКВ, назначение иАПФ/АРА, β-блокаторов, статинов, дБКК улучшает выживаемость в краткосрочном периоде. У больных ИМпST с высоким риском госпитальной смерти по шкале GRACE реже выполняются мероприятия, улучшающие выживаемость, по сравнению с пациентами низкого и среднего риска.

236 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Пустоветова М. Г., Пионтковская К. А.
ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Идиопатический легочный фиброз затрагивает приблизительно 5 миллионов людей во всем мире. Механизм инициации данного заболевания и механизм прогрессирования изучен не до конца, при этом заболевание рефрактерно к современной терапии. Механизмы профибротических и противофибротических процессов применимы к такой патологии, как буллезная болезнь легких с манифестацией спонтанным пневмотораксом. Одними из недавно выявленных маркеров легочного фиброза является эндотелиальный фактор роста VEGF, эндотелин-1.

Цель. Определить характер нарушения и специфику внутриэндотелиальных соотношений у пациентов, оперированных по поводу буллезной болезни легких до и после оперативного лечения в связи с ранней гипертрофией правых отделов сердца.

Материал и методы. Критериями включения в исследование были: наличие данных компьютерной томографии органов грудной клетки с характерной рентгенологической картиной поражения легких и плевры и/или наличие спонтанного пневмоторакса в анамнезе и/или рецидивирующих пневмотораксов, выполненное оперативное лечение в объеме торакоскопии или торакотомии, плеврэктомии и иссечения булл в отделении торакальной хирургии. Исследована плазма 38 оперированных пациентов. Все пациенты были оперированы методом торакоскопии с плеврэктомией, 20 пациентов, или торакотомии

с плеврэктомией, 18 пациентов. Диагноз гипертрофии правых отделов сердца устанавливался рентгенологически и с помощью ЭКГ. Средний возраст пациентов составил 32,2±4,3 лет. В группу контроля вошли 32 здоровых волонтеров. Средний возраст в контрольной группе составил 34,6±5,8 лет.

Результаты. Гипертрофия миокарда правых отделов сердца была выявлена у трети оперированных пациентов. У исследуемых пациентов уровень VEGF был достоверно выше до оперативного лечения. После оперативного лечения в 1 группе — VEGF выше в 4 раза ($p<0,05$), в 1,5 раза меньше, чем у пациентов во 2 группе ($p<0,05$). Во 2 группе VEGF в 4,5 раза выше, чем в группе контроля ($p<0,05$) после оперативного лечения. Уровень эндотелина-1 в контрольной группе составил 0,22 фмоль/мл. При этом у оперированных пациентов в группе торакотомии и торакоскопии до оперативного лечения был достоверно выше группы контроля ($p>0,05$) и составил 1,8156±0,12 и 1,1095±0,56 фмоль/мл, соответственно.

Заключение. У пациентов молодого возраста с буллезной болезнью легких механизм развития гипертрофии миокарда правых отделов сердца связан с независимым повышением таких цитокинов, как VEGF и эндотелина-1, которое изначально связано с течением буллезной болезни легких.

237 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ГОСПИТАЛЬНОЙ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ГОРОДА КИРОВА

Пьянков В.А., Чуясова Ю.К., Кочкин Д.В., Чепурных А.Я.

Кировская государственная медицинская академия, Отделенческой больницы на ст. Киров ОАО "РЖД", Киров, Россия

Цель. Оценить распространенность субклинического атеросклероза в госпитальной популяции больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) города Кирова.

Материалы и методы. В исследование были включены 402 пациента с ХОБЛ (мужчины, средний возраст 64±10 лет), госпитализированных в пульмонологические и терапевтические отделения города Кирова с обострением заболевания. Основным критерием включения в исследование было отсутствие клинической симптоматики и ранее диагностированного атеросклероза брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей и брюшной аорты. Всем пациентам, включенным в исследование, проводилось дуплексное ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, брюшной аорты и артерий нижних конечностей на переносном ультразвуковом сканере с использованием линейного датчика с частотой 7,5–10,0 МГц. В В-режиме, дуплексном и триплексных режимах определялись проходимость сосудов, состояние сосудистой стенки, толщина комплекса интима-медия, состояние просвета сосудов, наличие дефектов заполнения на цветовой картограмме и линейные параметры кровотока. Также проводился сбор анамнеза, повторные измерения артериального давления и антропометрия с оценкой индекса массы тела и объема талии. Лабораторные и инструментальные методы исследования включали в себя определение глюкозы плазмы крови натощак, липидного профиля с оценкой холестерина ЛПНП, ЭКГ и оценку лодыжечно-плечевого индекса.

Результаты. Атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий было диагостировано у 32% (129 пациентов), атеросклероз артерий нижних конечностей у 36% (145 пациентов), аневризма брюшного отдела аорты у 5,2% (21 пациент). Артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 36,5% больных: степень 2 АГ у 75,5% (111 пациентов), степень 3 АГ у 24,5% (36 пациентов). У 9,7% (39 пациентов) ранее был поставлен диагноз ИБС. Дислипидемия была выявлена у 22,6% (91 пациент), абдоминальное ожирение — у 2,9% (12 пациентов).

Заключение. Исследование показало высокую распространенность субклинического атеросклероза брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей в обследованной популяции. Частота встречаемости аневризм брюшной аорты соответствует данным проведенных ранее эпидемиологических исследований в популяции курящих мужчин 50–79 лет. АГ является наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием в популяции больных ХОБЛ города Кирова. Прогноз у этих пациентов ассоциируется с повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Врачи первичного медицинского звена должны своевременно выявлять и лечить субклинический атеросклероз, АГ и ассоциированные клинические состояния, а также проводить коррекцию факторов риска у больных ХОБЛ.

238 СВЯЗЬ ГЕТЕРОГЕННОСТИ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ В МИОКАРДЕ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ СЕРДЦА

Разин В.А., Гимаев Р.Х, Сапожников А.Н., Чернышева Е.В., Низамова Л.Т., Крестьянинов М.В.

ФГБОУ ВПО "Ульяновский государственный университет", Ульяновск, Россия

Цель. Выявить особенности взаимосвязей показателей ЭКГ с параметрами ремоделирования ЛЖ и уровнем коллагена в миокарде.

Материал и методы. Обследовано 549 больных артериальной гипертонией, из числа которых 328 мужчин (59,7%), 221 женщина (40,3%) в возрасте от 35 до 65 лет. Средний возраст обследуемых составил 52,2±6,82 года. Всем пациентам проведена 12-и канальная ЭКГ и ЭХО-кардиография.

Результаты. В ходе анализа установлено, что продолжительность интервала PQ имела статистически значимую взаимосвязь с фракцией предсердного наполнения (ФПН: $r=0,16$; $p=0,003$), а также с объемом ЛП ($r=0,12$; $p=0,016$). Дисперсия волны Р тесно корреллировала с линейными (КДР: $r=0,32$; $p<0,0001$) и объемными (КДО: $r=0,28$; $p<0,0001$) значениями ЛП, а также с ФПН ($r=0,18$; $p=0,001$). Также данный показатель имел взаимосвязь с величиной ИММЛЖ ($r=0,148$; $p=0,007$), ИДИР ($r=0,184$; $p=0,003$). В ходе анализа также установлены взаимосвязи между значениями МС в систолу ($r=0,21$; $p=0,001$) и диастолу ($r=0,32$; $p<0,0001$) ЛЖ и изменениями dP, что может говорить о вкладе гемодинамических факторов на изменения электрофизиологических свойств предсердий. Были выявлены и достоверные положительные связи дисперсий интервалов QT, JT и Tpic-end с показателями ИММЛЖ, что подтверждает вклад ГЛЖ в изменения процессов реполяризации сердца. Индекс сферизации ЛЖ в диастолу (ИСд) положительно коррелировал с дисперсией интервала QTc ($r=0,168$; $p=0,009$), JT ($r=0,15$; $p=0,031$) и Tpic-end ($r=0,185$; $p=0,004$). На значение dQT оказывали влияния кардиогемодинамические факторы в виде положительных связей с параметрами миокардиального стресса как в систолу (МСс: $r=0,16$; $p=0,016$), так и в диастолу (МСд: $r=0,26$; $p<0,0001$) ЛЖ. Показатели dJT и Tpic-end имели положительные корреляционные взаимодействия с величиной МСд ($r=0,16$; $p=0,02$ и $r=0,18$; $p=0,008$) и КДНС ЛЖ ($r=0,24$; $p<0,0001$и $r=0,263$; $p<0,0001$). Увеличение объемной фракцией интерстициального коллагена (ОФИК) ассоциировалось с нарастанием дисперсии QTc ($r=0,19$; $p=0,002$) и JT ($r=0,17$; $p=0,006$), что свидетельствует о значимом влиянии процессов фиброза на изменения электрических процессов в миокарде.

Заключение. Таким образом, анатомо-морфологические изменения миокарда в виде увеличения массы и полостей сердца, а также изменения его геометрических характеристик ассоциируются с нарастанием гетерогенности процессов реполяризации и замедлением проводимости. Помимо структурно-геометрических изменений миокарда на электрические процессы большое влияние оказывают кардиогемодинамические факторы в виде увеличения пред- и/или постнагрузки на сердце, маркерами которых выступают такие показатели как миокардиальный стресс, диастолическое напряжение стенок сердца и др.

239 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПОЗДНИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН, ВЫПОЛНЕННОЙ В ХОДЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Рахматуллов А.Ф., Искендеров Б. Г.

ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава РФ, Пенза, Россия

Цель. Определить корреляции диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) и риск рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) после радиочастотной аблации (РЧА) легочных вен, выполненной в ходе аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. В исследование включено 223 больных (134 мужчин и 89 женщин) в возрасте от 46 до 67 лет (57,6±6,4 года), которым одномоментно выполнялось АКШ и РЧА. Следует отметить, что по результатам допплер-ЭхоКГ до операции ДДЛЖ выявлялась у 187 больных (83,9%), а через 2–3 месяца после операции — у 154 больных (69,1%): χ^2=12,76 (p<0,001). По данным допплер-ЭхоКГ после операции, больных разделили на 2 группы: 1-я группа (154 больных) с ДДЛЖ и 2-я группа (69 больных, 30,9%) без признаков ДДЛЖ. Следует отметить, что ДДЛЖ I типа был у 88 больных (57,1%), II тип — у 49 больных (31,8%) и III тип — у 17 больных (11,0%). Всем больным до и после операции проводили допплер-эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ неоднократно. Поздними рецидивами ФП считалось возобновление пароксизмов аритмии через 1 год после процедуры РЧА.

Результаты. Эффективность процедуры РЧА легочных вен в раннем послеоперационном периоде (первые 2–3 недели) составила 73,1%. Поздние рецидивы ФП из 214 больных, перенесших РЧА в сочетании с АКШ, и находившихся под наблюдением, отмечались у 68 больных (31,8%), в том числе у 12 больных (17,6%) возникли впервые после операции. Сравнительный анализ показал, что в 1-й группе поздние рецидивы ФП возникали у 55 больных (34,4%) и во 2-й группе — у 13 больных (18,8%). Различие между группами достоверно: χ^2=5,63 (p=0,018). Сравнение частоты выявления поздних рецидивов ФП в зависимости от тяжести (типа) ДДЛЖ показало, что при I типе ФП рецидивировала у 26 больных (29,5%), II типе — у 25 больных (51,0%) и при III типе — у всех больных (100%). Необходимо отметить, что различие частоты выявления поздних рецидивов ФП при III типе ДДЛЖ было достоверным по сравнению с I типом (χ^2=31,19; p<0,001) и II типом (χ^2=8,12; p=0,004), а также между II и III типами ДДЛЖ: χ^2=14,31 (p<0,001). Кроме того, выявлено наличие обратной тесной связи частоты выявления поздних рецидивов ФП с показателем соотношения максимальных скоростей быстрого и медленного кровенаполнения ЛЖ (Ve/Va), прямой связи — со временем изоволюмического расслабления миокарда ЛЖ (IVRT) при I типе ДДЛЖ. При III типе ДДЛЖ корреляции выявлены с показателями Ve, Va, IVRT, временем замедления потока в фазу быстрого кровенаполнения ЛЖ и конечным диастолическим давлением в ЛЖ.

Заключение. Выявлено, что наличие диастолической дисфункции ЛЖ, особенно диастолической сердечной недостаточности ассоциировано с поздними рецидивами ФП у больных, перенесших процедуры РЧА.

240 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ АРИТМОГЕННЫХ ЗОН У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Рахматуллов А.Ф., Искендеров Б. Г.

ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава РФ, Пенза, Россия

Цель. Сравнение эффективности различных методик радиочастотной абляции (РЧА) и частоты развития неблагоприятных событий у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП), подвергнутых одновременно аортокоронарному шунтированию (АКШ).

Материал и методы. В клиническое исследование включено 596 больных (386 мужчин и 210 женщин), имеющих пароксизмы ФП с давностью аритмии от 14 до 78 месяцев (42±8 мес.). Возраст больных составил от 47 до 68 лет и в среднем — 58,4±5,3 года. Из них у 324 больных АКШ сочеталось с процедурой РЧА (1-я группа), а у 272 больных проводилось только АКШ (2-я группа). Обе группы были сопоставимы по основным изучаемым параметрам. Кроме того, из 324 больных у 185 (57,1%) производилась РЧА вокруг устьев легочных вен (левопредсердная РЧА) и у 139 больных (42,9%) — сочетание РЧА вокруг устьев ЛВ и кава-трикуспидальной перешейки (биатриальная РЧА). Также у всех больных одновременно выполнялась изоляция ушка ЛП. Больным до и после операции проводили эхокардиографию и холтеровское мониторирование ЭКГ. Динамические наблюдения за больными составили от 6 до 12 месяцев после операции и в среднем — 9,4±1,3 года.

Результаты. В госпитальный период в 1-й группе пароксизм ФП возник у 96 больных (29,6%), в том числе у больных с левопредсердной РЧА в 35,1% случаев и у больных с биатриальной РЧА в 22,3% случаев (p=0,017). Во 2-й группе пароксизмы ФП отмечались у 107 больных (40,8%). Различие между группами достоверно: χ^2=7,67 (p=0,006). В ранний послеоперационный период в 1-й группе ишемический инсульт диагностировался в 4,0% случаев и во 2-й группе — в 8,5% случаев (p=0,022), острая сердечная недостаточность II–III класса по Killip — в 10,5 и 16,9% случаев, соответственно (p=0,03). Кроме того, у больных с левопредсердной РЧА нарушений атриовентрикулярного проведения, требующего имплантации искусственного водителя ритма, не было, однако после биатриальной РЧА она выполнялась у 12 больных (4,4%). Госпитальная летальность в 1-й группе составила 3,1% и во 2-й группе — 7,4% (p=0,029). Через 6 месяцев после операции, по данным допплер-эхокардиографии, в обеих группах отмечалось снижение вклада систолы предсердий по сравнению с дооперационным состоянием, что объясняется улучшением диастолической функции левого желудочка после операции АКШ. Через 1 год после операции стабильный синусовый ритм в 1-й группе сохранялся у 256 больных (82,1%), в том числе у 218 больных (70,3%) без приема антиаритмических препаратов (ААП). При этом эффективность левопредсердной РЧА без приема ААП составила 64,8% и биатриальной РЧА — 75,6% (p>0,05).

Заключение. Показано, что отдаленная эффективность левопредсердной и биатриальной РЧА существенно не отличается, хотя в последнем случае возникает риск развития АВ блокады, требующей электрокардиостимуляции.

241 АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Рахматуллов Ф. К., Климова С. В., Зиновьева Е. Г., Бурмистрова Л. Ф., Бибарсова А. М., Рудакова Л. Е., Шибаева Т. М., Беляева Ю. Б., Дятлов Н. Е., Савина О. В.

ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет" Минобрнауки РФ, Пенза, Россия

Цель. Оценить антероградное проведение возбуждения по атриовентрикулярному (АВ) соединению у небеременных и беременных женщин без жалоб и структурных заболеваний сердца с экстрасистолией и пароксизмами суправентрикулярной тахикардии по данным суточного мониторирования ЭКГ.

Материал и методы. Под наблюдением находились 26 небеременных и 30 беременных женщин без жалоб и структурных заболеваний сердца. После информационного согласия на участие в обследовании проводилось чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ) сердца небеременным женщинам однократно, беременным — в каждом триместре и через 6 месяцев после родов. Для оценки состояния антероградного проведения возбуждения по АВ соединению

проводилась программированная электростимуляция сердца с построением графиков. Для этого на оси абсцисс откладывали St_1-St_2, по оси ординат — продолжительность St_2-R_2.

Результаты. У небеременных и беременных женщин с помощью ЧПЭФИ сердца мы получили четыре типа кривых АВ проведения. Непрерывный тип АВ проведения характеризовался тем, что при "шаге" St_1-St_2 10 мс однократный прирост интервала St_2-R_2 не превышал 20 мс. Данный тип кривой АВ проведения возникал при одном пути проведения возбуждения через АВ соединение, при небольшой разнице ЭРП между α и β путями, при высоких значениях "шага" St_1-St_2. При прерывистом типе возникало скачкообразное увеличение интервала St_2-R_2 более чем на 80 мс, при "шаге" St_1-St_2 не более чем 10 мс. Данный тип возникал в результате продольной диссоциации АВ соединения на α и β пути. Третий и четвертый типы кривых АВ проведения были разновидностями прерывистого и непрерывного при наличии феномена "gap". У небеременных женщин непрерывный тип кривой АВ проведения встречался в 80,8%, прерывистый — в 19,2%. По сравнению с небеременными женщинами у беременных в первом триместре происходило уменьшение непрерывного типа кривой АВ проведения с 80,8% до 40,0% и увеличение прерывистого типа с 19,2% до 60,0% (χ^2=35,17, p<0,001). Аналогичная тенденция наблюдалась во втором (χ^2=35,17, p<0,001) и третьем триместрах (χ^2=40,02, p<0,001). Через 6 месяцев после родов типы кривых АВ проведения существенно не отличались от небеременных женщин (χ^2=1,81, p=0,1789).

Заключение. У небеременных и беременных женщин существует четыре типа кривых АВ проведения, в том числе непрерывный, прерывистый, непрерывный с феноменом "gap", прерывистый с феноменом "gap". У небеременных женщин чаще встречается непрерывный тип кривой АВ проведения, у беременных — прерывистый, а через шесть месяцев после родов — непрерывный.

242 СРАВНЕНИЕ РАСЧЕТНЫХ СПОСОБОВ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е. В., Сторожаков Г. И.

ГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в большинстве случаев сопровождается нарушением функционального состояния почек и нередко осложняется развитием хронической болезни почек (ХБП), что оказывает неблагоприятное влияние на прогноз. Наилучшим показателем функционального состояния почек является скорость клубочковой фильтрации (СКФ), для расчета которой чаще всего используются формулы Cocroft-Gault (CG), MDRD и разработанная и проверенная в последние годы во многих эпидемиологических исследованиях формула CKD-EPI, которая является более точной для расчета СКФ у большинства пациентов без выраженного снижения функции почек, но мало исследована у больных с кардиологической патологией. Цель нашей работы — сравнение значений СКФ, рассчитанных с помощью различных формул, у больных с ХСН.

Материал и методы. У 154 больных с ХСН ишемического и неишемического генеза со сниженной систолической функцией левого желудочка I–IV функционального класса (NYHA) без первичной почечной, аутоиммунной и онкологической патологии [медиана (25;75-процентили) возраста — 64,0 (56,0;69,0) года, фракции выброса левого желудочка 30,4 (25,3–37,1)%; 86,4% мужчин] была рассчитана СКФ по формуле CG, оригинальной 4-хкомпонентной, 2-хкомпонентной и упрощенной формулам MDRD (4MDRD, 2MDRD, sMDRD), формуле CRD-EPI. Все пациенты были в стабильном состоянии и получали терапию в соответствии с современными Рекомендациями по ведению больных с ХСН.

Результаты. Концентрация креатинина в сыворотке крови у обследованных больных составила 103,0 (87,0–120,0) мкмоль/л. Значения $СКФ_{CKD-EPI}$ достоверно не отличалась от $СКФ_{4MDRD}$ [65,0 (49,8–80,3) мл/мин/1,73м^2 и 64,3 (50,2–81,1) мл/мин/1,73м^2, соответственно, p>0,05]. $СКФ_{CKD-EPI}$ была достоверно ниже, чем $СКФ_{CG}$ [последняя 68,6 (51,5–96,2) мл/мин/1,73м^2, p<0,001] и $СКФ_{2MDRD}$ [65,4 (50,0–79,7) мл/мин/1,73м^2, p<0,001], но превышала $СКФ_{sMDRD}$ [61,4 (47,4–74,7) мл/мин/1,73м^2, p<0,001]. Корреляция значений $СКФ_{CKD-EPI}$ со значениями СКФ, полученными при помощи различных формул MDRD, была сильнее, чем с $СКФ_{CG}$: с $СКФ_{4MDRD}$ r=0,97, $СКФ_{2MDRD}$ r=0,99, $СКФ_{sMDRD}$ r=0,99, с $СКФ_{CG}$ r=0,75, p<0,001 для всех. При повторном с интервалом в 3 месяца и более расчете СКФ по формуле CKD-EPI у 46,4%, 39,3% и 1,4% больных с ХСН можно было диагностировать 2, 3 и 4 стадии ХБП, соответственно. Достоверных различий в стадиях ХБП при расчете СКФ по формулам $СКФ_{CKD-EPI}$, $СКФ_{4MDRD}$ и $СКФ_{2MDRD}$ не было (p>0,05). 10,7% больных с ХСН имели менее выраженную стадию ХБП при расчете СКФ по формуле CKD-EPI по сравнению с sMDRD, p<0,001. 32,7% больных с ХСН имели более выраженную и 9,9% — менее выраженную стадию ХБП при расчете СКФ по формуле CKD-EPI по сравнению с оценкой по формуле CG, p<0,001.

Заключение. У больных с хронической сердечной недостаточностью для своевременной и точной диагностики нарушения функционального состояния почек целесообразно рассчитывать скорость клубочковой фильтрации с помощью формулы CKD-EPI и оригинальной 4-компонентной формулы MDRD.

243 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА *C825T* ГЕНА *GNB3* С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е. В., Носиков В. В., Гендлин Г. Е., Сторожаков Г. И.

ГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. Ген *GNB3* кодирует субъединицу β3 G белка, который участвует в передаче внутрь клеток сигналов, контролирующих тонус сосудов и пролиферацию многих типов клеток. Полиморфный маркер *C825T* этого гена ассоциирован с высоким риском артериальной гипертензии (АГ), атеросклероза, аритмий, ожирения, метаболического синдрома и сахарного диабета. Цель исследования — изучение взаимосвязи полиморфного маркера *C825T* гена *GNB3* с выраженностью клинической симптоматики, состоянием сердца, почек и костной системы у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Генотипы полиморфного маркера *C825T* гена *GNB3* идентифицировали с помощью полимеразной цепной реакции на геномной ДНК, полученной по стандартной методике из цельной крови 66 больных с систолической ХСН I–IV функционального класса (ФК, NYHA) без первичной почечной, аутоиммунной и онкологической патологии. Медиана (интерквартильный разброс) возраста составили 63,0 (57,0;69,0) года, фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, метод Симпсона) — 34,0 (26,7–39,0)%. 91% мужчины. У 85,5% ХСН развилась на фоне ИБС, у 9,1% — на фоне АГ, у 5,4% — на фоне дилатационной кардиомиопатии. Больным выполнены эхокардиография, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, суточное мониторирование ЭКТ и АД, тест с 6-минутной ходьбой, расчет СКФ (по формулам MDRD, CKD-EPI), определение суточной экскреции альбумина с мочой (ЭАМ), анализ анамнестических и клинических данных. Пациенты были в стабильном состоянии и получали терапию в соответствии с современными Рекомендациями по ведению больных с ХСН.

Результаты. Распределение генотипов (CC, CT и TT) среди обследованных больных составило 71,2%, 19,7% и 9,1%, соответственно. В 1-ю группу были включены пациенты с генотипом CC, во 2-ю группу — с генотипами CT и TT. Различий по возрасту, массе тела, АД, ФК, анамнестическим особенностям ИБС и АГ между пациентами 1-й и 2-й групп не было

(p>0,05). У носителей генотипа CC по сравнению с остальными больными отмечалась большая длительность ХСН [4,5 (1,5–11) и 2 (1–4) года, p=0,036] и меньшая ФВ ЛЖ [32,4 (25,4–38,3) и 37,3 (32,4–43,1)%, соответственно, p=0,03]. ЭАМ [12,8 (8,1–23,0) и 6,0 (5,7–6,2) мг/сутки, p=0,036] и минеральная плотность костной ткани [МПК: 0,9 (0,8–1,1) и 0,8 (0,7–0,9) г/см2, p=0,041] были выше у больных 1-й по сравнению со 2-й группой. У больных с генотипом CC при суточном мониторировании ЭКГ были достоверно более длительные максимальные интервалы RR, чем у остальных пациентов [1824 (1736–2288) и 1632 (1492–1956) мс, p=0,041]. Взаимосвязи полиморфного маркера C825T с показателями диастолической функции ЛЖ (в т.ч. E/A, E/Em), гипертрофии ЛЖ, СКФ, результатами суточного мониторирования АД и 6-минутного теста не было.

Заключение. Среди обследованных больных с ХСН у носителей генотипа CC полиморфного маркера *C825T* гена *GNB3* выявлен больший риск снижения систолической функции левого желудочка, замедления проводимости, микроальбуминурии и меньший риск остеопороза по сравнению с носителями генотипов CT и TT. Для уточнения клинической значимости этих данных необходимы дальнейшие исследования.

244 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА *GLN27GLU* ГЕНА *ADRB2* С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е. В., Солтис С. Ю., Носиков В. В., Гендлин Г. Е., Сторожаков Г. И.

ГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. Ген *ADRB2* кодирует β2 адренергический рецептор. Выявлена ассоциация полиморфного маркера *Gln27Glu* этого гена с прогнозом у больных острым коронарным синдромом и сердечной недостаточностью (СН). Цель исследования — изучение взаимосвязи полиморфного маркера *Gln27Glu* гена *ADRB2* с выраженностью клинической симптоматики, состоянием почек и сердечнососудистой системы при хронической СН (ХСН).

Материал и методы. Генотипы полиморфного маркера *Gln27Glu* гена *ADRB2* идентифицировали с помощью полимеразной цепной реакции на геномной ДНК, полученной по стандартной методике из цельной крови 66 больных с систолической ХСН I–IV функционального класса (ФК, NYHA) без первичной почечной, аутоиммунной и онкологической патологии. Медиана (интерквартильный разброс) возраста составили 63,0 (57,0;69,0) года, фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, метод Симпсона) — 34,0 (26,7–39,0)%. 91% мужчины. У 85,5% ХСН развилась на фоне ИБС, у 9,1% — на фоне артериальной гипертензии (АГ), у 5,4% — на фоне дилатационной кардиомиопатии. Больным выполнены эхокардиография, суточное мониторирование ЭКТ и АД, тест с 6-минутной ходьбой, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ по формулам MDRD, CKD-EPI), определение суточной экскреции альбумина с мочой (ЭАМ), анализ анамнестических и клинических данных. Пациенты были в стабильном состоянии, получали терапию в соответствии с современными Рекомендациями по ведению больных с ХСН.

Результаты. Распределение генотипов (*Glu/Glu*, *Glu/Gln* и *Gln/Gln*) среди обследованных составило 25,8%, 45,5% и 28,7%, соответственно. У больных с генотипом *Gln/Gln* выявлялась более тяжелая ХСН (средний±SD ФК 2,5±0,5, 2,6±0,6, 2,8±1,1 у больных с генотипами *Glu/Glu, Glu/Gln, Gln/Gln,* соответственно, p=0,003). Длительность АГ в анамнезе была больше у носителей *Glu/Glu* генотипа (14 (6,5–26), 10 (1–14), 0 (0–7) лет у больных с *Glu/Glu, Glu/Gln, Gln/Gln* генотипами, p=0,028). У 57,7% обследованных больных ритм был синусовым, у остальных — постоянная форма фибрилляции предсердий. При суточном мониторировании ЭКГ у больных с *Glu/Glu* генотипом были ниже минимальная частота сердечных сокращений (ЧСС 40 (36–42), 47 (43–49), 49 (44–61) в минуту у больных с *Glu/Glu, Glu/Gln, Gln/Gln* генотипами, p=0,015) и длиннее максимальные интервалы RR (2248 (1736–2960), 1760 (1624–1888), 1564 (1488–1728) мс у больных с *Glu/Glu, Glu/Gln, Gln/Gln* генотипами, p=0,05). Взаимосвязи полиморфного маркера *Gln27Glu* с другими параметрами суточного мониторирования ЭКГ, результатами мониторирования АД и теста с 6-минутной ходьбой, показателями диастолической функции ЛЖ (в т.ч. E/A, E/Em), ФВ ЛЖ, СКФ, ЭАМ не было.

Заключение. Среди обследованных больных с ХСН у носителей генотипа *Gln/Gln* полиморфного маркера *Gln27Glu* гена *ADRB2* выявлена большая выраженность клинической симптоматики хронической сердечной недостаточности, у носителей генотипа *Glu/Glu* — более выраженная тенденция к брадикардии и большая длительность артериальной гипертензии до развития сердечной недостаточности. Для уточнения клинической значимости этих данных необходимы дальнейшие исследования.

245 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, РАБОТАЮЩИХ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ

Романова Н. А.

ГБОУ ВПО “Саратовский ГМУ имени В. И. Разумовского” Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Оценка показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов, работающих в ночные смены.

Материал и методы. Общеклинические и СМАД. Анализировались следующие показатели: среднее систолическое АД за день и ночь (САДД и САДН); среднее диастолическое АД за день и ночь (ДАДД и ДАДН); нагрузка систолическим и диастолическим давлением за сутки (НСАДС и НДАДС), день (НСАДД и НДАДД) и ночь (НСАДН и НДАДН); вариабельность САД и ДАД за день и ночь; степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД; тип суточного профиля АД (СПАД).

Результаты. Под наблюдением находилось 40 чел., из них 38 мужчин и 2 женщины, средний возраст — 40,6±1,3 лет. Контрольная группа — 20 практически здоровых лиц. По уровню “офисного” АД выделено 4 группы: I — оптимального, II — нормального, III — высокого нормального и IV — АГ I степени. По сравнению с контрольной группой в III и IV группах установлено повышение САДД (p<0,01), ДАДД (p<0,01), САДН (p<0,05) и ДАДН (p<0,05). С повышением АД в III и IV группах выявлен рост показателей НСАД и НДАД за сутки, день и ночь (p<0,05). Вариабельность АД за день и ночь не изменялась по сравнению с нормой во всех группах. Показатели СНС САД и ДАД не отличались от таковых контрольной группы. Во всех группах преобладал тип “dipper”; тип “non-dipper” и “night-peaker” встречались реже. Тип “over-dipper”, относящийся к группе риска по сердечнососудистым осложнениям, выявлялся во II, III и IV группах (15–30%).

Заключение. Суточное мониторирование артериального давления необходимо всем лицам, работающим по сменному графику (в ночные смены), для коррекции выявленных изменений АД и проведения профилактики сердечнососудистых осложнений.

246 СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Романова Н. А.[1], Липатова Т. Е. [1], Поварова Т. В.[2], Хаханова М. А.[2], Гоголь К. В.[2]

[1]ГБОУ ВПО “Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского” Минздрава России, Саратов; [2]НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Саратов–II” ОАО “РЖД”, Саратов, Россия

Цель. Выявление субклинических признаков поражения органов-мишеней у больных артериальной гипертензией (АГ) трудоспособного возраста для уточнения стадий АГ.

Материал и методы. Рутинные общеклинические методы; содержание общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, триглицеридов, креатинина, глюкозы сыворотки крови; определение индекса массы тела, величины окружности талии, микроальбуминурии (МАУ), пульсового давления; дуплексное сканирование общих сонных артерий (определение утолщения стенки артерии — ТИМ); электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование (СМ) ЭКГ, допплерэхокардиография (ДЭхоКГ),

Результаты. Под наблюдением находился 41 пациент с АГ в возрасте от 21 до 57 лет, (из них женщин — 2), средний возраст составил 46,5±1,3 лет. У 26 чел. (I группа) направительный диагноз — АГ I стадии (ст.), риск 2; у 15 чел. (II группа) направительный диагноз — АГ II ст., из них у 14 — сердечнососудистый риск 3, у 1 — риск 4. В I группе после дообследования у 10 чел. диагноз остался прежним; у 15 чел. диагностирована АГ II ст., риск 3, из них у 5 чел. установлена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) по данным ЭхоКГ, у 5 — повышение уровня МАУ, у 2 — увеличена ТИМ, у 1 — ГЛЖ в сочетании с увеличением ТИМ и МАУ, у 1 — ГЛЖ в сочетании с повышением уровня МАУ, у 1 — атеросклеротическая бляшка в сонной артерии. У 1 пациента I группы выявлена АГ III ст., риск 4 (безболевая ишемия миокарда при СМ ЭКГ, ГЛЖ и атеросклероз аорты на ЭхоКГ, атеросклероз сонных артерий). Во II группе после дообследования у 12 чел. диагноз остался прежним; у 1 чел. риск 3 трансформировался в риск 4 (выявлено увеличение ТИМ и повышение уровня МАУ); у 2 чел. диагностирована АГ III ст., риск 4 (у 1 — установлены гипертоническая нефропатия, повышение уровня МАУ, атеросклероз аорты; у другого — безболевая ишемия миокарда, повышение уровня МАУ и увеличение ТИМ).

Заключение. 1.У 19 (46,3%) из 41 пациентов с АГ при расширении протокола исследования (МАУ, ТИМ, ЭхоКГ) выявлены более высокая степень сердечнососудистого риска и стадия АГ. 2.При обследовании больных АГ в клинической практике следует использовать факторы, влияющие на оценку риска при АГ, представленные в европейских рекомендациях ESH/ESC 2013 по лечению артериальной гипертензии.

247 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Рубаненко О. А.
ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Изучить изменения показателей системы гемостаза и эндотелиальной дисфункции под влиянием 24-недельной дифференцированной терапии статинами у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. В исследование включено 162 пациента с ишемической болезнью сердца и атеросклерозом артерий брахиоцефального ствола, средний возраст составил 54,7±3,5 лет. Всем больным исследовали липидный спектр крови (холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП)). Для оценки состояния системы гемостаза определяли уровень фибриногена, время начала АДФ — индуцированной агрегации тромбоцитов, D — димера, фактора Виллебранда (фВ). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили 85 пациентов с умеренно повышенным уровнем ХС ЛНП, получающие аторвастатин в дозе 40 мг/сутки, 2 группу, сопоставимую по полу, возрасту и частоте сопутствующих заболеваний — 77 пациентов с высоким уровнем ХС ЛНП, получающие розувастатин в дозе 20 мг/сутки.

Результаты. Через 24 недели лечения аторвастатином уровень фибриногена снизился на 19% ($p<0,001$), уровень фВ снизился на 29,6% ($p<0,001$), уровень D — димера уменьшился на 29,8% ($p=0,005$), время начала АДФ — индуцированной агрегации тромбоцитов увеличилось на 12% ($p<0,001$).

Через 24 недели лечения розувастатином уровень фибриногена снизился на 20% ($p=0,001$), уровень фВ снизился на 33,6% ($p<0,001$), уровень D — димера уменьшился на 22% ($p=0,03$), время начала АДФ — индуцированной агрегации тромбоцитов увеличилось на 17% ($p=0,001$).

Заключение. Снижение уровня фибриногена во всех группах в ходе лечения способствует уменьшению вязкости плазмы крови и риска тромбообразования, в то время как снижение уровня фВ отражает уменьшение выраженности эндотелиальной дисфункции. Уменьшение уровня D — димера в процессе лечения свидетельствует о снижении активации внутрисосудистого свертывания крови и фибринолиза. Увеличение времени начала АДФ — индуцированной агрегации тромбоцитов у пациентов ишемической болезнью сердца говорит о снижении активации тромбоцитарного звена гемостаза.

248 АКТИВНОСТЬ ВАЗОМОТОРНОГО ЦЕНТРА У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ

Рубанова М. П., Вебер В. Р., Губская П. М., Жмайлова С. В., Кулик Н. А.
Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Известно, что низкочастотная составляющая спектра ВСР показатель LF характеризует состояние системы регуляции сосудистого тонуса. Считается, что мощность медленных волн (LF) определяет активность вазомоторного центра.

Цель. Исследовать вегетативные показатели ВСР в состоянии покоя у здоровых и больных АГ женщин с различным исходным вегетативным профилем.

Материал и методы. Обследованы 28 здоровых женщин, средний возраст 49,2±1,3 лет и 41 женщина больная АГ II ст. (ESH/ESC, 2013), средний возраст 50,05±1,7 лет, не получавших регулярную антигипертензивную терапию. Для изучения функций вегетативной нервной системы были использованы: метод вариационной интервалометрии с определением показателей: амплитуда моды (АМо,%); индекс напряжения (ИН), характеризующий активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура регуляции; спектральный метод анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) с определением низкочастотной составляющей компоненты (LF), отражающей состояние сосудодвигательного цента, сверхнизкочастотной составляющей (VLF) характеризующей влияние высших вегетативных центров и высокочастотной компоненты (HF), за формирование которых ответственна эфферентная парасимпатическая активность. По показателю ИН в группе здоровых и в группе больных АГ женщин были выделены подгруппы с исходной симпатикотонией (ИН в состоянии покоя >200) и с исходной ваготонией (ИН в состоянии покоя <100).

Результаты. По всем вегетативным показателям ВСР, кроме показателя LF, отражающего активность сосудодвигательного центра, достоверных различий между подгруппами здоровых и больных АГ женщин не было выявлено. При сравнении показателя LF в двух группах больных АГ с симпатикотонией и ваготонией: в группе больных АГ с ваготонией наблюдалась тенденция к увеличению показателя LF. В исследуемых группах были выделены пациенты с показателем LF>300 у.е. Оказалось, что показатель LF≥300 у.е. у больных АГ с ваготонией встречался в 80% случаев, а у больных с симпатикотонией — в 10% случаев ($хи^2=34,133$; $p<0,0001$). При значении показателя LF≥500 у.е. в группе больных АГ с ваготонией этот показатель наблюдался в 60% случаев, а у больных АГ с симпатикотонией не наблюдался вообще ($хи^2=47,644$; $p<0,0001$).

Интересно отметить, что в группе контроля у здоровых ваготоников показатель LF≥300 у.е. наблюдался в 80% случаев, а в группе здоровых с симпатикотонией в состоянии покоя не встречался вообще ($хи^2=37,112$; $p<0,0001$).

Заключение. Анализ полученных результатов показал, что активность вазомоторного центра у здоровых и больных АГ

с ваготонией в состоянии покоя больше, нежели у здоровых и больных АГ с симпатикотонией в состоянии покоя.

249 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО СИНТЕЗА, НАКОПЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС

Руденко Н.С.
ФГБУ "НИИ ФФМ" СО РАМН, Новосибирск, Россия

Натрийуретические пептиды, которые вырабатываются в предсердных кардиомиоцитах, являются антагонистами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Задачей данного исследования было изучение клеточных источников натрийуретических пептидов и определение их концентрации в периферической крови у крыс с наследственной индуцированной стрессом артериальной гипертензией (НИСАГ) с артериальным давлением 184±1,3 мм рт. ст. Контролем служили нормотензивные крысы линии ВАГ. Ультраструктуру миоэндокринных клеток правого предсердия изучали под электронным микроскопом JEM-1400. Содержание атриального натрийуретического пептида (АНП) определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием набора ab108797–ANP (NPPA) Rat ELISA Kit. Показано, что в миоэндокринных клетках крыс нормотензивной линии ВАГ суммарный относительный объем секреторных гранул и пластинчатых комплексов в саркоплазме составляет в среднем 4%, а у гипертензивных крыс НИСАГ — в два с лишним раза больше (около 8,5% объема саркоплазмы). Разница относительного объема секреторных гранул обусловлена как большими размерами (средний диаметр увеличен на 18%), так и, в большей степени, увеличением их численной плотности в 1,5 раза по сравнению с контролем. При анализе гранулярного пула гранулы подразделялись на формирующиеся, зрелые и растворяющиеся формы. В миоэндокринных клетках у крыс ВАГ около половины гранул — зрелые, а формирующихся и растворяющихся гранул в саркоплазме клеток приблизительно поровну, что свидетельствует о достаточно сбалансированном процессе секреции. Расчеты показали, что при общем увеличении численной плотности секреторных гранул в 1,8 раза по сравнению с контролем — в кардиомиоцитах крыс НИСАГ, встречаемость формирующихся разновидностей превышает контрольные цифры на порядок (150 и 15 на единицу площади саркоплазмы, соответственно). Кроме того, у крыс НИСАГ электронно-микроскопическая морфология гранул более разнообразная, чем у контрольных животных. Чаще встречаются различные атипичные их разновидности, отражающие разные пути и/или стадии внутриклеточной деградации накопленного секреторного продукта. Проведенное ультраструктурное исследование и полученные стереоморфометрические показатели миоэндокринных клеток крыс однозначно свидетельствуют, что пластинчатый комплекс и секреторные гранулы в клетках разных линий крыс имеют характерные качественные и количественные особенности. Перечисленные морфологические и морфометрические данные дают основание сделать заключение, что у крыс-гипертоников с повышенной стресс чувствительностью в предсердных кардиомиоцитах имеется выраженная стойкая секреторная гиперфункция с активным синтезом и выделением продукта. Это подтверждается результатами измерения концентрации АНП, которые показали, что у гипертензивных крыс содержание гормона в периферической крови в 1,5 раза превышает нормотензивный контроль.

250 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫМ СОКРАЩЕНИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Сабирова Э.Ю., Гончар М.В.
ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, Киров, Россия

В настоящее время число больных ИБС увеличивается. Одним из методов лечение пациентов ИБС является АКШ. Целевые уровни ЧСС у пациентов с сердечно — сосудистой патологией влияют на функцию миокарда ЛЖ.

Цель. Изучение структурно-функционального состояния ССС у пациентов с целевым уровнем частоты сердечных сокращений после АКШ.

Материал и методы. Обследовано 90 мужчин перенесших АКШ (2–5 шунтов). Пациенты разделены на группы в зависимости от достижения целевых уровней ЧСС: 1 групп–32 пациента после АКШ с ЧСС 55–65 уд/мин; 2 группа–58 пациентов после АКШ с ЧСС>65 уд/мин. Средний возраст пациентов 1 группы–59,5 [55,0;63,5] лет, 2 группы 57,5 [52,0;62,0] лет (р-0,133). Давность перенесенной операции в 1 группе — 6,0 [4,0;9,5] лет, во 2 группе — 6,0 [4,0; 9,0] лет (р-0,870). На момент обследования отсутствовали симптомы стенокардии в 1 группе у 53% (17/32) пациентов и во 2 группе у 41% (24/58) (р-0,650). Признаки стенокардии 1 ФК установлены в 1 группе у 19% (6/32) и во 2 группе у 31% (18/58) (р-0,465), 2 ФК у 22% (7/32) и у 24% (14/58), соответственно, (р-0,951) и 3 ФК в 1 группе у 6% (2/32) пациентов и во 2 группе у 3% (2/58) (р-0,955). Признаки ХСН I стадии выявлено в 1 группе у 44% (14/32) пациентов и во 2–62% (36/58) (р-0,469), IIа стадии у 56% (18/32) и 36% (21/58) (р-0,348) и IIб стадии у только во 2 группе у 2% (1/58). Установлена СН 1 ФК 55% (26/32) пациентов 1 группы и 81% (47/58) 2 группы (р-0,876), 2 ФК 16% (5/32) и 17% (10/58) (р-0,900), соответственно, и 3 ФК в 1 группе имели 3% (1/32) и 2% (1/58) пациентов (р-0,746).

Результаты. При сравнительном анализе данных Эхо-КГ установлена достоверно лучше диастолическая функция миокарда ЛЖ в 1 группе: КСРЛП 46,5 [42,5;49,5] мм, ВИВРЛЖ 77,0 [73,0;89,0] сек, Dte 204,0 [188,0;229,0], Е/А 1,21 [0,83;1,35], в сравнении со 2 группой: КСР ЛП 43,5 [42,0;46,0] мм (р-0,025), ВИВРЛЖ 90,0 [75,0;100,0] (р-0,004), Dte 213,0 [200,0;236,5] (р-0,158), Е/А 0,76 [0,68;1,02] (р-0,0002). Достоверных изменений по остальным показателям Эхо-КГ не выявлено между пациентами 1 группы: ст.ПЖ — 36,0 [34,0;38,5] мм, КДР ЛЖ 53,5 [49,5;56,0] мм, МЖП 12,3 [11,2;13,3] мм, ЗСЛЖ 11,3 [10,6;12,1] мм, ФВ ЛЖ 60,9 [58,7;63,7]%, КДО ЛЖ 141,6 [118,5;153,9] мл, КСО ЛЖ 48,7 [42,3;57,2] мл, ММЛЖ 256,0 [218,8;288,5] г, ИММЛЖ 125,9 [111,0;145,4] г/м^2, ОТС 0,44 [0,40;0,48], и 2 группы: ст. ПЖ 4,4 [3,9;4,8] мм (р-0,924), КДР ЛЖ 51,0 [49,0;54,0] мм (р-0,119), МЖП 12,0 [11,1;12,4] мм (р-0,154), ЗСЛЖ 11,0 [10,5;11,5] мм (0,238), ФВ ЛЖ 60,6 [55,2;64,8]% (р-0,952), КДО ЛЖ 124,9 [114,9;147,9] мл (р-0,141), КСО ЛЖ 47,7 [38,9;61,0] мл (р-0,629), ММЛЖ 232,5 [204,7;269,5] г (р-0,183), ИММЛЖ 119,8 [105,6;140,9] г/м^2 (р-0,161), ОТС 0,45 [0,42;0,48] (р-0,463).

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что у пациентов после АКШ с достигнутыми целевыми цифрами ЧСС достоверно лучше диастолическая функция миокарда ЛЖ. Установлено сохранение систолической функции миокарда левого желудочка вне зависимости от достижения целевых значений ЧСС у пациентов после аортокоронарного шунтирования.

251 ИНФОРМАТИВНОСТЬ БИОМАРКЕРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА ST

Сейдуалиева Б.С., Жангелова М.Б., Атабаева Г.Г., Флатова Н.А.
Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Цель. Исследование кардиомаркеров — тропонина Т (ТнТ) и сердечных белок-связывающих жирных кислот (сБСЖК) при диагностике инфаркта миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСБПST).

Материал и методы. Кардиомаркеры определяли у 62 пациентов в возрасте от 45 до 84 лет, поступивших в отделение приемного покоя клиники с ОКСБПST в пределах 12 часов от индексного события. Забор крови осуществлялся из под-

кожной вены сразу после поступления в стационар, а также через 6 и 12 ч. Определение сБСЖК осуществляли иммуно-турбидиметрическим методом реактивами H-FAB от Randox на биохимическом анализаторе "Olympus AU640" Beckman Coulter, нормальные значения 3,55–6,32 нг/мл. Тропонин-Т определяли тест-системой для экспресс-обнаружения ТнТ и миоглобина на анализаторе "Cobas H232" Roche, нормальные значения до 50 нг/л, а также иммуноферментным методом на анализаторе "Elecsys 2010" реактивами от производителя Roche Diagnostics, нормальные значения до 0,01 нг/мл. Тропонин-Т, сБСЖК, миоглобина.

Результаты. У всех обследованных больных с инфарктом миокарда при поступлении уровень сБСЖК в крови был высоким (42,7±14,3 нг/мл) и превышал референтные значения (до 7 нг/мл) в среднем в 5,3–6,5 раза. Значения теста при нестабильной стенокардии были в пределах нормы (4,2±3,4 нг/мл). Максимальное повышение содержания сБСЖК в крови у всех больных было выявлено в первые 6 часов после возникновения болевого приступа и постепенное снижение значений к 12 часам (78,3% пациентов) и к 24 часам (86% пациентов).

При определении тропонина Т результаты показали, что в первые часы болевого синдрома концентрация их была в пределах нормы до 50 нг/л, повышение его (от 100 до 300 нг/л) отмечалась при повторном исследовании через 6–8 часов. Высокие цифры (600–1300 нг/л) определялись через 12–16 часов и оставались повышенными несколько дней.

Возвращение к нормальному уровню сБСЖК также происходило через 12–24 часа после начала ишемии. При изучении содержания сБСЖК в крови у пациентов, поступивших в стационар в ранние сроки после развития болевого приступа, было установлено, что количество больных с диагностическим увеличением уровня сБСЖК (83,8%) было достоверно больше, чем с повышенными уровнями тропонина Т (16,2%).

Несмотря на то, что уровень сБСЖК в миокарде меньше, чем миоглобина (0,5 против 2,5 мг/г), минимальная определяемая концентрация сБСЖК в 15 раз ниже, чем миоглобина (2 против 32 мкг/л). Этим обусловлена большая чувствительность сБСЖК по сравнению с миоглобином при выявлении некроза миокарда.

Заключение. Таким образом, повышение в крови сБСЖК в первые часы после развития острого коронарного синдрома являются более надежным ранним тестом, свидетельствующим о повреждении миокарда, чем ТнТ.

252 ВЫБОР МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Семенова О. Н., Наумова Е. А.
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Одной из ведущих позиций эффективности лечения является мотивация пациента. В этой связи представляет интерес мотивы пациентов в выборе лечебного учреждения.

Цель. На основании опроса пациентов кардиологического профиля в поликлиниках и частных клиниках выявить мотивы выбора ими лечебного учреждения.

Материал и методы. В 2013г проводилось анонимное анкетирование согласившихся на участие пациентов кардиологического профиля в поликлиниках и частных клиниках. Количество участников было ограничено администрацией лечебных учреждений. Опрос осуществлялся до приема врачей. Одним из критериев включения было как минимум второе посещение данного лечебного учреждения пациентом. Вопросы были представлены факторами, которые повлияли на выбор места лечения, и соответствовали утверждениям: "я больше доверяю врачам в этом учреждении", "в нем работают профессионалы более высокого уровня", "это удобнее, быстрее, проще", "в этом учреждении отношение со стороны персонала к пациентам лучше", "в этом учреждении более комфортные условия", "учреждение лучше оснащено оборудованием", "получение льготных услуг", "необходимость официального больничного листа". Пациент мог выбрать не более 3 утверждений. Выбранные нами утверждения были сформулированы по результатам ранее проведенных исследований. При анализе учитывалось общее количество ответов, и оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты. Участвовало 90 пациентов: 38 (42,2%) — пациенты частных клиник, 52 (57,7%) — поликлиник, из них 30 (33,3%) мужчин и 60 (66,7%) женщины, медиана возраста 65 лет. В анамнезе у 82 (91,1%) пациентов — артериальная гипертония, у 46 (51,1%) — ИБС, у 8 (8,9%) — перенесенный инфаркт миокарда, у 54 (60%) — ХСН, 6 (6,7%) — перенесенное ОНМК, 8 (8,9%) имеют сахарный диабет, 34 (37,8%) избыток массы тела, 34 (37,8%) ожирение, 56 (62,2%) сопутствующую патологию.

Утверждение "я больше доверяю врачам в этом учреждении" выбрали 18 (47,4%) пациентов частных клиник и 24 (46,2%) пациентов поликлиник, "в нем работают профессионалы более высокого уровня" — 18 (47,4%) и 18 (34,6%), "это удобнее, быстрее, проще" — 8 (21,1%) и 26 (50%), "в этом учреждении отношение со стороны персонала к пациентам лучше" — 14 (36,8%) и 12 (23,1%), "в этом учреждении более комфортные условия" — 6 (15,8%) и 8 (15,4%), "учреждение лучше оснащено оборудованием" — 8 (21,1%) и 8 (15,4%), "получение льготных услуг" 2 (3,8%) пациентов поликлиник. На "необходимость официального больничного листа" пациенты не указывают. 6 (15,8%) пациентов частных клиник не ответили. Пациентам, выбравшим поликлинику в качестве места своего лечения это "удобнее, быстрее и проще" ($p=0,02340$). Других достоверных различий не выявлено ($p>0.05$).

Заключение. Пациенты поликлинической службы отмечают удобство и простоту в лечении их сердечно-сосудистой патологии, что и повлияло на выбор ими лечебного учреждения.

253 ПОСЛОЙНОЕ СТРОЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ ПРИ ИХ ИССЛЕДОВАНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ И ЛАЗЕРНОЙ ПОЛЯРИМЕТРИИ

Семенюк Т. А., Малик Ю. Ю., Пентелейчук Н. П.
Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Створки сердечных клапанов являются одними из основных структурных компонентов клапанного аппарата сердца, которые участвуют в местных гемодинамических процессах. Морфологии клапанов сердца посвящено много фундаментальных научных трудов как отечественных, так и зарубежных, однако современные научно-технические достижения индуцируют и повышают интерес научных исследователей к изучению строения организма человека в целом, и непосредственно сердца.

Цель. Подтверждение послойного строения створок сердечных клапанов в норме, с использованием как морфологического метода так и метода лазерной поляриметрии.

Материал и методы. Исследованию подвергались створки атрио-вентрикулярных и сосудисто-желудочковых клапанов 9 сердец умерших людей, без сердечной патологии, с использованием макроскопического метода, световой микроскопии и метода лазерной поляриметрии. Для световой микроскопии гистологические срезы окрашивали гематоксилином-эозином с целью получения общей морфологической картины; методом Вейгерта-Ван-Гизона — для дифференциации коллагеновых, эластических и мышечных волокон. Для исследования строения объектов с фазово-неоднородными слоями использовались спектрофотометрический и поляриметрический методы.

Результаты. При макроскопическом исследовании выявлено, что предсердная поверхность атрио-вентрикулярных клапанов — идеально гладкая, а желудочковая поверхность — неровная. На поверхности, обращенной в сторону сосуда (аорты или легочного ствола) была обнаружена ребристость. При микроскопическом исследовании с использованием выше перечисленных методик было выявлено, что створки клапанов

сердца человека с обеих сторон выстланы эндотелием и имеют характерное послойное строение, что обусловлено чередованием рыхлой неоформленной и плотной оформленной волокнистых соединительных тканей. В составе атрио-вентрикулярных клапанов, в направлении от предсердной поверхности к желудочковой, визуализировались три слоя: спонгиозный, фиброзный и желудочковый. В сосудисто-желудочковых клапанах также были выявлены три слоя, но рыхлая неоформленная волокнистая соединительная ткань занимала срединное положение, в отличие от периферического расположения со стороны предсердий в атрио-вентрикулярных клапанах. С оптической точки зрения створки клапанов имеют вид "структурированной биологической ткани с беспорядочной архитектоникой" в виде совокупности одноосных с двойным лучепреломлением белковых структур (коллагена и эластина).

Заключение. Данные морфологического исследования и исследования с использованием методов лазерной поляриметрии подтвердили послойное строение створок клапанов сердца человека. Полученные поляризационные характеристики могут быть одними из оптических критериев нормы, которые, возможно, станут основой для дифференциации сердечной патологии.

254 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕННОГО УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ПАРАМЕТРЫ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сергацкая Н. В., Гусаковская Л. И., Олейников В. Э.
ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет", Пенза, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку показателей, характеризующих структурно-функциональных свойства магистральных артерий, у больных сахарным диабетом (СД) в сочетании с гипертензией и пациентов с артериальной гипертонией (АГ) без метаболических нарушений.

Материал и методы. Всего обследовано 73 человека в возрасте от 40 до 65 лет. 1-ую группу составили 46 пациентов с СД 2 типа и АГ 1–2 степени, из них 22 мужчины и 24 женщины, средний возраст 56,4±8,6 лет. Во 2-ую группу вошли 27 больных с АГ: 15 мужчин и 12 женщин, средний возраст 53,7±9,0 лет. У всех включенных в исследование пациентов ультразвуковым способом в В-режиме измеряли диаметр общей сонной артерии (ДОСА) и толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) справа и слева с последующим определением их средних значений. Кроме того, оценивали потокозависимую вазодилатацию в пробе с постокклюзионной реактивной гиперемией по методике D. S. Celermajer по показателям: потокозависимая вазодилатация (ПЗВД) и индекс реактивности (ИРе). Исследование проводили на ультразвуковом аппарате MyLab 90 (Esaote, Италия). Результаты представлены в виде M±SD при нормальном распределении, при ассиметричном — в виде Me (Q 25%; Q 75%).

Результаты. Офисное артериальное давление (АД) в 1-й группе составило 146,6±12,7 и 88,1±8,9 мм рт. ст.; индекс массы тела (ИМТ) — 35,3±5,9 кг/м^2; окружность талии (ОТ) — 116,5 (99; 122) см. Во 2-й группе — систолическое АД (САД) — 140,5±10,7 мм рт.ст.; диастолическое (ДАД) — 95 (90; 100) мм рт. ст.; ИМТ — 24,1 (23,2; 27,5) кг/м^2; ОТ — 88,5 (78; 95) см. Сравниваемые лица были сопоставимы по возрасту, полу, офисным значениям САД. Пациенты группы 1 имели достоверно меньшие значения ДАД, что, вероятно, обусловлено высокой распространенностью изолированной систолической гипертензии на фоне СД 2 типа по сравнению с общей популяцией. Средние значения ТКИМ значительно преобладали у пациентов группы 1–0,9±0,2 мм, в группе 2–0,82±0,1 мм, соответственно (p<0,05). По параметру ДОСА статистически значимых отличий не выявлено: у больных СД — составил 6,3 (5,8; 6,9) мм, у лиц с изолированным повышением АД — 6,1 (5,7; 6,3) мм (нд). Сравниваемые пациенты не отличались по средним значениям ПЗВД: в группе 1–9,8±6,2%; в группе 2–9,3±3,9% (нд). У больных с нарушениями углеводного обмена патологический ИРе наблюдался в 24% случаев, в то время как в группе сравнения — в 7% (p<0,05). Средние значения ИРе в 1 группе составили 1,2±0,3, в группе 2–1,5±0,5% (p<0,05).

Заключение. Выявленные отличия по показателям, характеризующим магистральные артерии, свидетельствуют о значительном вкладе нарушенного углеводного обмена в структурную перестройку сосудистой стенки и изменения ее функциональной активности.

255 ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Сердюков Д. Ю., Мирохина М. А., Дыдышко В. Т.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить сердечно-сосудистый риск (ССР) у молодых мужчин с использованием шкал ASSIGN, PROCAM, SCORE.

Материал и методы. Обследовано 85 мужчин без сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте 40,6±7,2 лет. У всех обследованных был проанализирован анамнез, проведена антропометрия, исследован уровень гликемии, общего холестерина и липопротеидов высокой плотности, выполнены УЗИ сердца и суточное мониторирование артериального давления.

Результаты. Были сформированы 2 группы: I групп — пациенты с высоким ССР, II группа — пациенты с низким риском ССР. При использовании шкалы ASSIGN разделение по группам выглядело следующим образом: I — 39% (33 человека), II — 61% (62 человека); PROCAM — 35% (30) и 65% (55) и SCORE — 27% (23) и 73% (62), соответственно. Отмечены значимые межгрупповые различия в оценке частости ССР ASSIGN vs SCORE (p=0,047).

Заключение. При оценке возможного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений необходимо учитывать как можно более широкий спектр как анамнестической, так и лабораторно-инструментальной информации о пациенте. Наиболее часто используемая в Российской Федерации шкала SCORE в выборке молодых мужчин может показывать заниженные значения сердечно-сосудистого риска.

256 СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Сердюков Д. Ю., Гордиенко А. В., Шалупкина В. П.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить центральную гемодинамику методом тканевой миокардиальной допплерэхокардиографии (ТМДЭхоКГ) у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 135 пациентов 67±18 лет, с ИМ (I группа) — 80 человек, контрольная группа (II) — 22 человека, группа сравнения (III) (стабильное течение ИБС) — 33 пациента. Всем обследованным выполнялась стандартная ЭхоКГ и ТМДЭхоКГ с оценкой показателей ФВ, E, A, IVRT, DT, Em, Am, Sm обоих желудочков, 15 пациентам проводился инвазивный расчет ЦВД.

Результаты. При ЭхоКГ диастолическая дисфункция (ДД) ригидного типа в I группе наблюдалась в 67% случаев, во II — в 83%; псевдонормализация в I группе — 25%, во II — 17%; рестриктивная ДД — у 8% обследованных I группы. При ТМДЭхоКГ в I группе ЦВД расчетным методом (по формуле Naueh) составило 146,8±12,3 мм вод. ст., во II группе — 138,4±9,2 (p>0,05), в III группе — 111,4±8,5 (p=0,037). При инвазивном мониторинге в I группе ЦВД составило 153,2±5,4 мм вод. ст. (r=0,77)

Заключение. У больных ИМ наблюдается более высокий уровень ЦВД, обусловленный выраженной бивентрикулярной диастолической дисфункцией как левого, так и правого желудочков.

257 СВЯЗЬ УРОВНЕЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ И НЕОАНГИОГЕНЕЗА В КРОВИ С 5-ЛЕТНИМ ПРОГНОЗОМ У БОЛЬНЫХ ИБС

Сердюк О. И., Шевченко А. О., Шевченко О. П., Халиллулин Т. Ю., Гинзбург Л.М, Переделкина А. И.

ГБОУ ВПО РНИМУ, ФГБУ Клиническая больница УДП РФ, Москва, Россия

Цель Изучить прогностическое значение определения в крови С-реактивного белка (СРБ), церулоплазмина (ЦЕР), гаптоглобина (ГАПТ), IgG антител к кардиолипину (АКЛ), гомоцистеина (ГЦ), неоптерина (НЕО), фибриногена (ФИБ), растворимой формы лиганда CD40 (sCD40L), плацентарного фактора роста (PlGF) и растворимой формы сосудистых молекул клеточной адгезии (sVCAM-1) у больных ИБС.

Материал и методы. 131 больной ИБС стенокардией напряжения (58 женщин и 73 мужчин в возрасте от 39 до 89 лет, в среднем, 62.3±10.9 лет), без сахарного диабета, у которых исходно были определены в крови уровни СРБ, ЦЕР, ГАПТ, IgG АКЛ, ГЦ, НЕО, ФИБ, sCD40L,), PlGF и sVCAM-1, наблюдались в течение 5 лет.

Результаты. Средняя выживаемость без нежелательных сердечно-сосудистых событий составила 51,7±1,2 месяца; в течение периода наблюдения 11 больных умерло, развилось 3 мозговых инсульта, 12 инфарктов миокарда (ИМ), 29 госпитализаций в связи с нестабильной стенокардией. При однофакторном анализе выявлена связь нежелательных событий с повышенными уровнями ГЦ>9.5 мкмоль/мл (ОР=2,7, p=0.048), sCD40L>1.42 нг/мл (ОР=1,48, p=0,03), PlGF>10,25 пг/мл (ОР=2,1, p=0.01) и PAPP-A>10.7 мМЕ/л (ОР=1.62, p=0.04). Однако, при анализе с поправками на возраст, пол, перенесенный ИМ, наличие сердечной недостаточности и уровни липидов в крови достоверная связь с прогнозом сохранилась лишь у sCD40L (ОР=1,3, p=0,05) и PlGF (ОР=1,6, p=0,04).

Заключение. Выявление повышенных уровней в крови PlGF>10.25 пг/мл или sCD40L>1.42 нг/мл у больных стенокардией напряжения свидетельствует о более высоком риске развития нежелательных сердечно-сосудистых событий в течение последующих 5 лет.

258 ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Леонтьева А. В., Середа Т. В., Гапон Л. И.

Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель. Изучение типов ремоделирования левого желудочка у пациентов страдающих артериальной гипертензией и артериальной гипертензией в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца у коренного населения, проживающего на территории Ямало-ненецкого автономного округа (ЯНАО).

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов страдающих артериальной гипертензией (АГ) и артериальной гипертензией в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), мужчин и женщин, в возрасте 21–55 лет, проживающих в условиях Крайнего Севера. Пациенты были разделены на 2 группы: первую группу сформировали пациенты, страдающие только АГ, в количестве- 50 человек (38% мужчин, 62% женщин), средний возраст составил 44,08±1,2 лет, вторую — пациенты страдающие АГ в сочетании с ХИБС, в количестве 50 человек (мужчин- 36%, женщин-64%), средний возраст составил 52,36±0,4 лет (p<0,001). В первой группе доля пациентов с АГ 2 стадии составила 94%, во второй группе у всех пациентов зарегистрирована АГ 3 стадии (p<0,001), В первой группе доля пациентов с АГ 2 степени составила 92%, с АГ 3 степени — 8%, а во второй группе АГ 2 степени зарегистрирована в 60% случаев и АГ 3 степени в 40%случаев (p<0,001). Длительность анамнеза заболевания АГ в первой группе составила 6,5±0,6 лет, во второй 15,2±0,8 лет (p<0,001). У всех больных хронической ИБС определен II функциональный класс стенокардии напряжения. Всем пациентам выполнено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ).

Результаты. Анализируя данные ЭхоКГ исследования, выяснилось, что в группе пациентов страдающих АГ в сочетании с ХИБС достоверно больше пациентов с концентрической гипертрофией ЛЖ, чем в группе больных страдающих только АГ, так в первой группе зарегистрировано 22% случаев концентрической гипертрофии ЛЖ, а во второй — 44% (p=0,013). Остальные типы геометрической конфигурации ЛЖ распределились следующим образом: доля пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ в первой группе составила 48%, во второй- 40%, с эксцентрической гипертрофией ЛЖ 14% и 6%, соответственно, больных с нормальной геометрией ЛЖ в первой группе зарегистрировано в 16% случаев, во второй в 10% случаев. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) у коренных жителей страдающих только АГ составил 105,3± 3,3г/м^2, а у коренных пациентов страдающих АГ в сочетании с хронической ИБС ИММЛЖ = 117,8±4,2г/м^2 (p=0,021).

Заключение. Достоверно большее значение ИММЛЖ в группе пациентов страдающих АГ в сочетании с хронической ИБС, в сравнении с группой пациентов, страдающих только АГ, указывает на развившуюся гипертрофию ЛЖ, которая вероятно обусловлена возрастом больных, степенью АГ и более длительным анамнезом заболевания АГ. Наибольше количество больных с концентрической гипертрофией ЛЖ во второй группе расценивалось как адаптивная реакция ЛЖ на ишемию миокарда.

259 ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРИШЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Леонтьева А В., Середа Т. В., Гапон Л. И.

Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель. Изучение типов ремоделирования левого желудочка у пациентов страдающих артериальной гипертензией и артериальной гипертензией в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца у пришлого населения, проживающего на территории Ямало-ненецкого автономного округа (ЯНАО).

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов страдающих артериальной гипертензией (АГ) и артериальной гипертензией в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), мужчин и женщин, в возрасте 21–55 лет, проживающих в условиях Крайнего Севера. Пациенты были разделены на 2 группы: первую группу сформировали пациенты, страдающие только АГ, в количестве- 50 человек (40% мужчин, 60% женщин), средний возраст составил 44,08±1,3 лет, вторую — пациенты с ХИБС и АГ в количестве 50 человек (мужчин- 26%, женщин-74%), средний возраст составил 52,36±0,5 лет (p<0,001). В первой группе доля пациентов с АГ 1 стадии составила 28%, с АГ 2 стадии 72%, во второй группе у всех пациентов зарегистрирована АГ 3 стадии (p<0,001). В первой группе доля пациентов с АГ 1 степени составила 2%, с АГ 2 степени — 80% и с АГ 3 степени — 18%, а во второй группе АГ 2 степени зарегистрирована в 84% случаев и АГ 3 степени в 16%случаев. Длительность анамнеза заболевания АГ в первой группе составила 8,4±0,8 лет, во второй 12,9±0,6 лет (p<0,001). У 98% больных хронической ИБС определен II функциональный класс стенокардии напряжения (ФК СН) и лишь у 2% определен I ФК СН. Всем пациентам выполнено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ).

Результаты. Анализируя данные ЭхоКГ исследования, выяснилось, что в группе пришлого населения страдающего АГ в сочетании с хронической ИБС достоверно меньше пациентов с нормальной конфигурацией ЛЖ, в сравнении с группой пациентов страдающих только АГ, их доля составила 10% и 38%, соответственно (p=0,014). Во второй группе (больные с АГ и ХИБС) выявлено большее количество пациентов с концентрической гипертрофией ЛЖ, чем в первой группе (больные с АГ), так во второй группе зарегистрировано 36% случаев концентрической гипертрофии ЛЖ, а в первой — 16% (p=0,025). Остальные типы геометрической конфигурации ЛЖ распределились следующим образом: доля пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ в первой группе составила 38%, во второй- 32%; с эксцентрической гипертрофией ЛЖ 8% и 22%, соответственно (p=0,053). Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) у пришлых жителей страдающих только АГ составил 98,9± 3,6г/м^2, а у пациентов страдающих АГ в сочетании с хронической ИБС, ИММЛЖ = 120,9±4,4 г/м^2 (p<0,001).

Заключение. Достоверно большее значение ИММЛЖ в группе пациентов страдающих АГ в сочетании с хронической ИБС, в сравнении с группой пациентов, страдающих только АГ, указывает на развившуюся гипертрофию ЛЖ, которая вероятно обусловлена возрастом больных и более длительным анамнезом заболевания АГ. Наибольше количество больных с концентрической гипертрофией ЛЖ во второй группе расценивалось как адаптивная реакция ЛЖ на ишемию миокарда, а более часто встречаемые случаи эксцентрической гипертрофии ЛЖ в группе пациентов страдающих АГ и ХИБС, в сравнении с пациентами, страдающими только АГ, объяснялось как дезадаптация процесса ремоделирования ЛЖ.

260 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Сермягин Д. В., Галин П. Ю.

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия министерства здравоохранения РФ, кафедра терапии. Оренбург, Россия

Цель. Определить у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) возможность прогнозирования осложнений в период госпитализации и на протяжении последующего года по длине и дисперсии корригированного интервала QT (QTc, dQTc) и их динамике на госпитальном этапе.

Материал и методы. В исследование включено 15 мужчин с острым ИМ в возрасте 37–67 лет. У всех был Q-ИМ левого желудочка с подъемом сегмента ST. Кроме обычных клинических и инструментальных исследований, проводилось холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ высокого разрешения (Холтер-монитор “КТ-04-АД-3”(М) “Инкарт”) в начале, середине и конце госпитального периода, при котором регистрировались длина QTc и dQTc. Нормальной длиной QT считали 420–450 мс., dQTc — превышение 80 мс.

Результаты. У всех больных в остром периоде ИМ выявлялось удлинение dQTc и у большинства (9 из 15) периодическое удлинение QTc. Из 6-ти больных, имевших в остром периоде QTc нормальной длины, у 3-х при II ХМ отмечено его удлинение, у 2-х он оставался в норме, а у одного при III ХМ возникло редкое его удлинение.

Из 9-ти больных, у которых при I ХМ интервал QTc был удлинен, один больной умер на шестые сутки; у остальных при последующих ХМ отмечалась различная динамика длины QTc. Стабильное удлинение QTc отмечалось только у одного пациента при II ХМ. Это был один из двух больных, у которых в течение первого года после инфаркта возник повторный острый инфаркт. Четыре случая тяжелых осложнений на госпитальном этапе в виде острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН), сочетающейся с нарушениями и ритма, и проводимости (в том числе с одним летальным исходом), имели место только у больных с удлинением QTc в остром периоде; более тяжелые случаи сочетанных нарушений ритма и проводимости имели место также только у больных с удлиненным QTc.

Изучение катамнеза через год после острого ИМ показало, что у всех 14-ти больных выявляется ХСН разных функциональных классов. Кроме ХСН, у 7-ми больных определялась стабильная стенокардия, у одного — нестабильная стенокардия и у 2-х развивался повторный ИМ. Из 4-х больных, страдающих через год только ХСН, у 3-х исходно была нормальная длина QTc и в дальнейшем у всех преобладала положительная динамика обоих параметров (длины и дисперсии) этого интервала, а к концу госпитального этапа отмечалось только их улучшение. У остальных больных с “худшими” конечными точками динамика указанных показателей на госпитальном этапе зачастую была отрицательной и не улучшалась к выписке.

Заключение. Наличие на госпитальном этапе эпизодов отрицательной динамики длины и/или дисперсии QTc, особенно к концу госпитализации, сопровождается повышенным риском развития в последующий год нестабильной стенокардии и повторного ИМ.

261 ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАТОРА КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ НИКОРАНДИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Сизова Ж. М., Захарова В. Л. Козлова Н. В.

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

Согласно современным представлениям, важнейшим звеном в механизме развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) является дисфункция эндотелия. Она же рассматривается в качестве одной из основных целей патогенетического воздействия при проведении фармакотерапии больных ИБС.

Цель. Оценить вазодилатирующую активность активатора калиевых каналов никорандила и его эффективность в коррекции дисфункции эндотелия у больных стабильной ИБС со стенокардией напряжения 2–3 функционального классов (ФК).

Материал и методы. Обследовано 24 больных стабильной стенокардией напряжения (мужчин-14 женщин-10, средний возраст — 56,8 и 48,3лет). Стенокардия напряжения II ФК выявлена у 11 больных (45,8%), III ФК — у 13 больных (54,2%). Никорандил (отечественный препарат “Кординик”, производства компании “ПИК-Фарма”) назначали всем пациентам в суточной дозе 60 мг в течение 6 недель. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали посредством стандартной методики — допплерометрии плечевой артерии в условиях пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Для оценки динамики вазодилатирующей функции эндотелия исследование проводили до начала и через 6 недель лечения. На протяжении всего периода наблюдения пациенты получали стандартную базовую терапию ИБС, включавшую бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, антиагреганты и гиполипидемические средства. Режим применения и дозы используемых базисных средств оставались неизменными в течение всего периода наблюдения. Применение длительно- и коротокодействующих нитратов на протяжении всего исследования прекращалось. Для купирования приступа стенокардии при необходимости допускалось дополнительное применение никорандила сублингвально. Длительность лечения составила 12 недель.

Результаты. По данным пробы с реактивной гиперемией исходные показатели среднего диаметра плечевой артерии составили 0,55 см. Прирост диаметра плечевой артерии в фазу реактивной гиперемии составил менее 10% (7,1%) от ее исходного диаметра. В острой пробе с 500 мкг нитроглицерина сублингвально диаметр плечевой артерии увеличился на 10,9%. Через 6 недель лечения никорандилом средний диаметр плечевой артерии в покое достоверно возрос на 6,35%. В пробе с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии

составил 10,8%. Одновременно наблюдалось снижение чувствительности эндотелия к экзогенному нитроглицерину, поскольку прирост диаметра плечевой артерии в острой пробе с нитроглицерином составил 7,3%.

Заключение. Таким образом, длительная терапия больных стабильной ИБС со стенокардией II–III ФК активатором калиевых каналов никорандилом, обладающим прямым вазодилатирующим эффектом, способствует коррекции дисфункции эндотелия, которая проявляется увеличением реактивной гиперемии после окклюзии.

262 ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Синякова А. К., Шабардина С.В, Королькова Г. С.
ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия", Ижевск, Россия

Артериальная гипертония (АГ) сегодня значимая медико-социальных проблема. Перспективным интегрированным методом профилактической и лечебной помощи пациентам с АГ является обучение в школе здоровья.

Цель. Изучить эффективность обучения пациентов в Школе артериальной гипертонии (ШАГ) БУЗ УР "РКДЦ МЗ УР" и разработать новые пути совершенствования данной работы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ отчетной документации отделения медицинской профилактики БУЗ УР "РКДЦ МЗ УР" по работе ШАГ за 2010–2012 гг. С 2007 года осуществляется трансляции занятий по телемедицинской связи в другие ЛПУ республики. Занятия проводятся для пациентов отделений стационара и поликлиники 2–4 раза в месяц, цикл обучения включает 5 занятий. Темы занятий освещают вопросы питания, физической активности, вредных привычек при артериальной гипертонии, основ медикаментозного лечения. Оценка приверженности к соблюдению рекомендаций врача оценивали через 6 месяцев после обучения.

Результаты. За трехлетний период количество обучающих увеличилось с 811 до 2350 человек. Средний возраст, обучаемых в ШАГ, составил 61,7±4,7 года. Среди респондентов преобладали женщины — 74,5±4,2% ($p<0,05$). До обучения в ШАГ информацию о своем заболевании не получали 19,8±3,9 опрошенных ($p<0,05$). Выявлены низкие показатели медицинской активности. При первых симптомах заболевания сразу обратились к врачу лишь 8,5±2,7, из 100 больных, после повторного появления симптомов — 57,5±4,8, не обращались 34,0±3,3. В результате обучения увеличилось число пациентов владеющих навыками самоконтроля АД до 97% (до обучения 84,5%), повысилась мотивация больных к лечению у 98% обучаемых (до обучения 75%), увеличилась доля пациентов с целевым уровнем АД до 63,2% (до обучения 10,7%). У пациентов сформировались навыки по борьбе с основными факторами риска (достижение целевого уровня сахара в крови у 67% обученных, липидного профиля у 89%, коррекция питания у 84%, повышение физической активности у 53% и стрессоустойчивости у 42%). Наиболее приемлемыми формами обучения для 56,9±4,8 из 100 пациентов были личная беседа с врачом, для 22,6±4,0 посещение школы больных с АГ, для 12,8±3,2 — чтение популярной медицинской литературы, для 7,7±2,5 — просмотр телепередач о здоровье. Оценивая удовлетворенность обучения в ШАГ, все пациенты были довольны полученными знаниями и навыками.

Заключение. Обучение в школе здоровья повышает информированность пациентов о своем заболевании и его осложнениях, о факторах, приводящих к прогрессированию течения АГ, о методах контроля и лечения, способствует модификации образа жизни. Для повышения эффективности работы школы здоровья необходимо внедрять образовательные технологии с обязательным привлечением лиц трудоспособного возраста за счет расширения телемедицинской сети на предприятиях и в медицинских организациях.

263 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА SLCO1B1 В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Сироткина А. М., Хохлов А. Л.*, Воронина Е. А.**, Могутова И. С.**, Дряженкова И. В.**, Царева И. Н.***
*ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия МЗ РФ, Ярославль; **НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Ярославль ОАО "РЖД", Ярославль, Россия

Разработка индивидуальных режимов дозирования в лечении сердечно-сосудистых заболеваний на основе генотипа пациента может способствовать более эффективной и безопасной терапии. Ген SLCO1B1 кодирует полипептид, участвующий в выведении статинов печенью. Выявление генотипов CC и CT гена SLCO1B1 позволяет прогнозировать повышенный риск развития статин-индуцированной миопатии.

Цель. Определить частоту встречаемости генотипов по аллельному варианту SLCO1B1*5 (Val174Ala, c. 521 T>C).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Ярославль ОАО "РЖД" и Ярославской государственной медицинской академии. В исследование было включено 469 человек в возрасте 52,2±11,9 лет (303 мужчин, 166 женщин) с гиперлипидемиями IIa и IIb типов по Фредриксону. Пациенты были генотипированы по аллельному варианту SLCO1B1*5 (Val174Ala, c. 521 T>C) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме Real Time с использованием набора реагентов "SNP-экспресс" при помощи амплификатора IQ 5 (фирма Bio-Rad). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10, Medcalc. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05 (p – достигнутый уровень значимости). При описании генетической структуры использовали тестирование на соответствие распределению генотипов равновесию Харди-Вайнберга (анализ распределения частот аллелей и генотипов в данном исследовании соответствовало теоретически ожидаемому распределению).

Результаты. В результате выявлено 150 человек (31,98%) носителей C-аллеля (генотипы TC и CC) гена SLCO1B1. Из них генотип TC имел место у 129 пациентов (27, 5%), а генотип CC — у 21 пациента (4,5%).

Далее были выделены две группы пациентов, сопоставимые по возрасту, полу, ХС-ЛПНП: 1 группа (n=177) — с доказанным атеросклерозом сосудов, 2 группа (n=212) — без атеросклероза сосудов. У пациентов 1 и 2 группы частота полиморфизма гена SLCO1B1 (TC+CC) составила 32% и 33%, соответственно. Различия в группах недостоверны ($p>0.05$).

Заключение. Частота выявления полиморфизма гена SLCO1B1 составила 32%. Генотип TC имел место в 27,5%, а генотип CC — в 4,5% случаев, что ассоциируется с повышенным риском развития миопатии при применении высоких доз статинов. Проведение генотипического тестирования может быть полезно перед началом агрессивной терапии статинами.

264 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У КРЫС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ИНДЕКСА НАПРЯЖЕНИЯ

Скуратова Н. А., Беляева Л. М., Козловский А. А., Баранчук С. А., Чижевская И. Д., Микульчик Н. В.
УО "Гомельский государственный медицинский университет", Гомель; ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Минск, Беларусь

Для изучения представлений об особенностях изменения электрокардиограммы и вариабельности ритма сердца в условиях воздействия различных факторов, в том числе экстремальных, необходимо использовать различные экспериментальные модели.

Цель. Оценка динамики показателей кардиоинтервалографии в условиях моделирования регулярно проводимого физического стресса у лабораторных крыс, подвергшихся вынужденному ежедневному плаванию "до отказа" в течение 12 дней.

Материал и методы. Эксперимент проводился на базе научно-исследовательской лаборатории УО "Гомельский государственный медицинский университет" на 10 белых беспородных молодых крысах-самках массой 180–220 г.

Результаты. После 12-дневной плавательной пробы у животных имело место смещение индекса напряжения в сторону ваготонии, (p=0,035). В результате эксперимента у 5 (50%) у крыс были зарегистрированы нарушения ритма сердца в виде изолированной или парной экстрасистолии.

Для сравнительной оценки особенностей адаптационных изменений животные были разделены на 2 группы. 1 группа (n=5) включала животных с нарушениями ритма, зарегистрированных на ЭКГ, 2 группа (n=5) -крыс без нарушений ритма. При сравнении исходных значений индекса напряжения у крыс 1 группы и 2 группы было выявлено, что исходные значения данного показателя были выше в 1 группе, чем у крыс 2 группы, (p=0,037).

Заключение. 1. В эксперименте выявлено уменьшение индекса напряжения, что указывало на снижение степени централизации управления ритмом сердца при регулярно проводимой физической нагрузке. 2. У крыс с исходно высокими значениями индекса напряжения в ответ на регулярный физический стресс на фоне сформировавшейся ваготонии развились нарушения ритма в виде экстрасистолии.

265 РЕЗУЛЬТАТЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Беляева Л. М., Скуратова Н. А., Чижевская И. Д., Микульчик Н. В.

ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Минск; УО "Гомельский государственный медицинский университет", Гомель, Беларусь

Имеются литературные данные о возможном выявлении "экономичной" реакции артериального давления (АД) у молодых тренированных спортсменов. Так, выявление низких цифр АД у спортсменов зачастую указывает на наличие физиологической гипотензии, которая свидетельствует о повышенном тонусе парасимпатической нервной системы. При суточном мониторировании АД (СМАД) у лиц, регулярно занимающихся физическими тренировками, можно выявить гипотензию диастолического АД, что свидетельствует о доминирующем влиянии парасимпатической нервной системы на сосудистый тонус. Повышение артериального давления можно расценивать как один из признаков перенапряжения сердечно-сосудистой системы в условиях комплекса стрессовых факторов.

Цель. Оценить результаты суточного мониторирования артериального давления у детей, интенсивно занимающихся спортом.

Материал и методы. Суточное мониторирование АД было проведено у 93 юных спортсменов с изменениями на ЭКГ. Дети были распределены в две основные группы (ОГ). Из них ОГ I составили 33 ребенка 8–12 лет (средний возраст 10,2±2,1 лет), ОГ II включала 60 детей 13–18 лет (средний возраст 15,2±2,2 лет). Были оценены значения среднесуточного САД (сутСАД).

Результаты. Среди детей ОГ I преобладали лица с артериальной гипотензией сутСАД (17 детей — 52%), нормотензия была выявлена у 14 (42%) детей, АГ — у 2 (6%) человек. В ОГ II доминировали лица с артериальной гипотензией (28 человек — 47%) и дети с АГ (24 спортсмена — 40%). Нормотензия регистрировалась у 8 (13%) юных спортсменов. У юных спортсменов ОГ II в сравнении с детьми ОГ I по данным СМАД достоверно чаще регистрировалась АГ сутСАД (χ^2=10,5; p=0,001).

Выявлено, что у детей ОГ с артериальной гипотензией сутСАД по данным СМАД достоверно чаще выявлялись ЭКГ-признаки нестабильности электрических процессов в миокарде при ХМ, чем у детей-спортсменов с нормотензией и АГ (χ^2=18,8; p=0,001 и χ^2=22,7; p=0,001), соответственно.

Заключение. 1. Среди детей, интенсивно занимающихся спортом, артериальная гипертензия по данным СМАД чаще имела место в подростковой группе лиц 13–18 лет. 2. Наибольшая частота нарушений ритма наблюдалась в группе юных спортсменов с артериальной гипотензией, чем у лиц с повышением артериального давления.

266 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ДЛЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Смирнова М. А.

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

Цель. Провести анализ эффективности образовательной программы для лиц с факторами риска (ФР) развития ишемической болезни сердца (ИБС) и для больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Изучение эффективности проводилось в группе у 30 пациентов с ФР развития ИБС и больных ИБС, прошедших обучение по разработанной нами образовательной программе; контрольная группа была сформирована из 30 пациентов, наблюдавшихся в поликлинике по традиционной схеме и не проходивших обучение. Методами исследования послужили: анализ амбулаторных карт, анкетирование, опросник по оценке качества жизни SF- 36, лабораторно-инструментальные исследования и наблюдение в течение 12 месяцев.

Результаты. За период наблюдения информированность о ФР развития ИБС у пациентов, прошедших обучение, увеличилась до 90% (n=27), в группе контроля — до 40% (n=12). Ежедневно самоконтроль артериального давления и пульса проводили 90,6% обучающихся (n=29), в группе сравнения — 46.7% (n=14).Участие пациентов в образовательной программе повысило приверженность к рекомендациям врача до 86,6% (n=26), а адекватную медикаментозную терапию получали 100% пациентов (n=30), что в совокупности привело к снижению общего количества случаев нетрудоспособности до 3,3% (n=1).В группе контроля в течение года отмечена низкая приверженность к лечению 33,3% (n=10), при этом адекватная терапия была только у 26,7% (n=8) больных. Как результат, количество случаев временной нетрудоспособности в группе сравнения оказалось в 7 раз выше и составило 23,3% (n=7). У исследуемой группы пациентов также произошла положительная динамика по ФР: снизилось количество больных с гиперхолестеринемией с 83,3% (n=25) до 70% (n=21), также снизилось количество больных с избыточной массой тела с 73,3% (n=22) до 53,2% (n=16). В группе сравнении отмечено незначительное снижение данных показателей. Исследование качества жизни с помощью вопросника SF-36 у пациентов, принимавших участие в образовательной программе, выявило статистически значимые изменения по шкалам: достоверно повысились показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием; увеличились показатели общего здоровья; интенсивность боли достоверно снизилась.

Заключение. Проведенные исследования выявили эффективность проведения образовательной программы для лиц с ФР развития ИБС и для больных ИБС на амбулаторно-поликлиническом уровне: программа способствует снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ФР развития ИБС и у больных ИБС, увеличивает степень взаимодействия пациентов с врачом, способствует правильному и постоянному самоконтролю заболевания, что приводит к улучшению качества жизни и снижению количества случаев нетрудоспособности.

267 ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Соловьева Е.А, Орешко Л.С., Журавлева М.С., Шабанова А.А.
СЗГМУ им. И.И, Мечникова, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Санкт-Петербург, Россия

Целиакия — это мультифакториальное, генетически детерминированное заболевание, приводящее к атрофии слизистой тонкой кишки из-за патологической реакции на белок злаковых культур глютен. В настоящее время распространенность заболевания неуклонно увеличивается, что связано с усовершенствованием диагностических возможностей и информированности специалистов о возможности проявления первых симптомов только во взрослом возрасте, а также об атипичном течение данной патологии. Учитывая генетическую природу целиакии, а также ее системный характер в большинстве случаев заболевание ассоциируется с разнообразными патологиями со стороны других органов и систем. Кроме того, выявлено, что у подавляющего количества пациентов с диагнозом глютеновой энтеропатии наблюдаются признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани, что по данным наших исследований составило 75–80%.

Цель. Выявить органические и функциональные изменения у пациентов с целиакией.

Материал и методы. Обследовано 30 человек с генетически и гистологически подтвержденным диагнозом целиакии. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1, соответственно. Возраст пациентов варьировал от 18 до 55 лет (среднее значение 27,1 лет).

Для оценки органических и функциональных изменений со стороны сердца всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование сердца и электрокардиография.

Результаты. Органические изменения тканей сердца выявлены у 23 человек (77%), среди которых 19 человек с пролапсом митрального клапана (82,6%), 3 человека с признаками гипертрофии левого желудочка (13%) и 1 человек с дополнительной хордой левого желудочка (4,4%). По данным электрокардиографии выявлены следующие изменения: неполная блокада правой ножки пучка Гиса — 13 человек (43,3%), укорочение интервала PQ — 8 человек (27%), нарушение межпредсердной проводимости — 8 человек (27%), нарушения процессов реполяризации различной локализации — 7 человек (23,3%), синусовая тахикардия — 7 человек (23,3%), предсердная экстрасистолия — 6 человек (20%), синусовая брадикардия — 4 человека (13,3%).

Заключение. У пациентов с целиакией часто выявляются различные функциональные и морфологические изменения миокарда. Большую часть этих нарушений составляют — пролапс митрального клапана и такие изменения на электрокардиограмме как неполная блокада правой ножки пучка Гиса, укорочение интервала PQ и нарушение межпредсердной проводимости. Такая высокая частота встречаемости данных признаков обусловлена полисистемным характером заболевания и частыми морфологическими нарушениями соединительной ткани при целиакии. Таким образом, при обследовании пациентов с целиакией необходимо уделять внимание не только органам пищеварительного тракта, но и обращать внимание на частую сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы.

268 НОВЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОФОРМЛЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ В СИСТЕМЕ ОМС

Старченко А. А., Гришина Н. И., Усачевская И. В., Кривенков А. Л., Тарасова О. В., Морозов С. Ю., Гончарова Е. Ю., Сергеева Л. А.
НП “Национальная медицинская палата”, “РГС–Санкт-Петербург-Медицина”, Общественный совет по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, Москва, Россия

Цель. Создание единого подхода к оценке качества кардиологической помощи. Предлагаются новые критерии ненадлежащего качества оформления документации в кардиологической клинике, введенные приказом МЗ и СР РФ от 15.11.2012 г. N 918н “Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями”: 1. Нарушения правил протоколирования обоснования формы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ч. 4 ст. 32 Закона РФ № 323-ФЗ и п. 4 Порядка): 1) отсутствие формулирования повода для оказания экстренной медицинской помощи — внезапного острого заболевания, травмы и ее осложнений, состояния, обострения хронических заболеваний кардиологического профиля, представляющих угрозу жизни пациента (перечисление признаков угрозы для жизни); 2) отсутствие формулирования повода для оказания неотложной медицинской помощи — внезапного острого заболевания, состояния, травмы и ее осложнений, обострения хронических заболеваний кардиологического профиля без явных признаков угрозы жизни пациента (перечисление отсутствия явных признаков угрозы для жизни); 3) отсутствие хронологического признака (указания на время (час, минута) возникновения состояния, требующего экстренной или неотложной помощи, времени начала и окончания каждого медицинского вмешательства, времени начала изменений в состоянии пациента, появления или устранения признаков угрозы для жизни); 4) отсутствие формулирования повода для оказания плановой медицинской помощи — заболевания, состояния, травмы и ее последствий, обострения хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью; 5) отсутствие журнала ожидания пациентом плановой медицинской помощи по отделению, оказывающему помощь кардиологического профиля, а также записи в журнале о конкретной дате оказания плановой помощи, а также наличие свободных “более ранних” дат в журнале ожидания пациентом плановой медицинской помощи. 2. Отсутствие определения конкретной даты оказания плановой медицинской помощи кардиологического профиля (консультация, госпитализация, выполнение кардиохирургического вмешательства и др.), отсрочка до которой (даты) гарантированно не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов сердечно-сосудистых заболеваний (п. 4 Порядка). 3. Возникновение ухудшения состояния, угрозы жизни и здоровью больного, а также развитие рецидивов заболеваний кардиологического профиля в период отсрочки (ожидания) плановой медицинской помощи по профилю кардиология и сердечно-сосудистая хирургия (п.4 Порядка). 4. Отсутствие обоснования отказа от исполнения стандартов медицинской помощи, утвержденных в установленном порядке (п. 6 Порядка).

269 НАРУШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС

Старченко А. А., Гришина Н. И., Усачевская И. В., Кривенков А. Л., Тарасова О. В., Морозов С. Ю., Гончарова Е. Ю., Сергеева Л. А.
НП “Национальная медицинская палата”, “РГС–Санкт-Петербург-Медицина”, Общественный совет по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, Москва, Россия

Цель. Создание единого подхода к оценке качества кардиологической помощи. Предлагаются критерии ненадлежащей организации оказания кардиологической помощи, введенные приказом МЗ и СР РФ от 15.11.2012 г. N 918н “Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями”: 1. Отказ врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов в выдаче направления для оказания специализированной медицинской помощи больным в стационарных условиях или в условиях дневного стационара (п. 19 Порядка). 2. Отказ в госпитализации и оказа-

нии специализированной медицинской помощи больным в стационарных условиях при наличии направления от врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов (п. 19). 3. Отсутствие в медицинских работников, оказывающих специализированную медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями сертификатов по "кардиология", "сердечно-сосудистая хирургия" (п. 20 Порядка). 4. Не проведение консилиума врачей с участием врача-кардиолога, врача-акушера-гинеколога и врача — сердечно-сосудистого хирурга (отсутствие протокола) по поводу необходимости направления в специализированную медицинскую организацию беременной и (или) новорожденного при наличии у беременной и (или) новорожденного сердечно-сосудистого заболевания, при котором необходимо оказание неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением кардиохирургических, в том числе рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения (п. 21 Порядка). 5. Отказ от выдачи направления, перевода и медицинской транспортировки беременной и (или) новорожденного при наличии у них сердечно-сосудистого заболевания, при котором необходимо оказание неотложной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением кардиохирургических, в том числе рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь и имеющую в своей структуре кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (п. 21 Порядка). 6. Отказ в отборе и подготовке больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи на этапе первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи (п. 22 Порядка). 7. Отсутствие обоснований и формулировки показаний или противопоказаний к проведению рентгенэндоваскулярной диагностики (п. 23 Порядка). 8. Отказ от выдачи направления на проведение рентгенэндоваскулярной диагностики при наличии показаний в медицинской организации, имеющей в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (п. 23 Порядка).

270 ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Стаценко М. Е., Талагаев С. В.

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).

Материал 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 StradlingJ.R., измеряли антропометрические данные (рост, массу тела, рассчитывали ИМТ, определяли окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и их соотношение, также измеряли окружность шеи (ОШ)), 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/м^2 ($p< 0,05$), 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 — IIIстепени, обе группы сопоставимы. У всех пациентовосновной группы ожирение встречалось по андроидному типу, различия между группами достоверны ($p<0,001$). В группе сравнения преобладали лица с гиноидным типом ожирения, различия между группами также носят достоверный характер ($p<0,001$).

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 распеделения жира в организме. С нарастанием тяжести СОАС уменьшается удельный вес больных с нормальным ИМТ и увеличивается количество пациентов с избыточным ИМТ (предожирение и ожирение)

271 РОЛЬ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Страхова Н. В., Красноруцкая О. Н., Соболева В. В.

ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель. Оценить показатели гемодинамики у больных АГ методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) и возможность их использования в прогнозировании кардиоваскулярного риска.

Материал и методы. Обследовано 470 больных АГ в возрасте от 40 до 91 года (средний возраст 60,8±10,9). Комплекс обследования включал стандартные методы исследования и исследование состояния гемодинамики методом ОКО при помощи аппаратно-программного комплекса АПКО-8-РИЦ-м, который позволяет в течение 30–60 секунд неинвазивным способом определить 18 гемодинамических показателей.

Результаты. При анализе показателей ОКО у больных АГ с различными факторами риска выявлены сходные изменения гемодинамики, выражающиеся в более высоком АД по сравнению с группой больных без факторов риска, тенденции к повышению минутного объема у больных с ожирением, нарушениями липидного и углеводного обменов, увеличение диаметра плечевой артерии, скорости пульсовой волны (СПВ), линейной скорости кровотока (ЛСК), удельного периферического сопротивления сосудов (УПССф/УПССр) и снижению податливости сосудистой системы. В группе больных с ассоциированными клиническими состояниями наблюдалось увеличение диаметра плечевой артерии, снижение податливости артерии и сосудистой системы в целом, ускорение ЛСК, СПВ. При тщательном анализе полученных данных, было определено, что повышение СПВ, снижение податливости сосудистой системы, возрастание удельного и общего периферического сосудистого сопротивления наиболее тесто связано с возрастом, наличием абдоминального ожирения, дислипидемии, хронической сердечной недостаточности, инфаркта миокарда и мозгового инсульта в анамнезе.

При сравнении групп больных с низким и высоким кардиоваскулярным риском: различия оказались достоверны по всем сосудистым показателям ОКО. На основании категориального регрессионного анализа была разработана шкала прогнозирования кардиоваскулярного риска для больных АГ по показателям ОКО. Разработанная шкала является бальной, клинически адаптированной и позволяет только на основании данных ОКО провести стратификацию кардиоваскулярного риска. Шкала имеет диагностическую специфичность 62%, а чувствительность 85,1%, что является приемлемым, ведь метод ОКО в данной ситуации выступает в качестве скринингового и позволяет получить все необходимые для оценки прогноза АГ показатели за 1–2 минуты.

Заключение. 1. При увеличении жесткости сосудистого русла происходит дугообразная элевация контура кривой, повышение СПВ, ЛСК, снижение податливости по методу ОКО. 2. Разработана клинически адаптированная бальная шкала прогнозирования кардиоваскулярного риска на основании сосудистых показателей, определяемых методом ОКО.

272 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАБОТОСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Суворова И. Ю., Баранов В. И., Шевченко И. В., Кривощеков С. Г.

ФГБУ НИИ физиологии и фундаментальной медицины, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить и сравнить работоспособность сердца при различных видах ремоделирования миокарда на фоне гипертонической болезни.

Материал и методы. Обследовано 255 человек, страдающих ГБ в возрасте от 34 до 87 лет. Из них 158 женщин (возраст 64±10 лет, M±SD) и 97 мужчины (возраст 60±10 лет). Проведено суточное мониторирование АД на аппарате Astrocard Holtersystem 2F Медитек (Россия). Рассчитывались среднесуточные показатели АД и ЧСС. Выполнено доплерографическое исследование брахиоцефальных артерий и эхокардиографическое исследование на аппарате GE Voluson E-c последующим расчетом индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) как отношения массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) к площади поверхности тела. Согласно рекомендациям ESC по АГ (2013), за гипертрофию принимали ИММЛЖ >115 г/м^2 для мужчин и >95 г/м^2 для женщин. Типы геометрии оценивали в соответствии с классификацией A. Ganau по соотношению ИММЛЖ и относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ. За повышение ОТС принимали 0,42 ед. и более. Пациенты были разделены на 4 группы, в зависимости от типа ремоделирования: 1 гр — пациенты с ГБ в сочетание с эксцентрической гипертрофией (ЭГ), 2 гр — концентрической гипертрофией (КГ), 3 гр — концентрическим ремоделированием (КР), в 4 гр — без ремоделирования миокарда левого желудочка (безРМ), соответственно.

Работа единицы массы миокарда (работоспособность) и работы гладкой мускулатуры стенки магистральных артерий оценивали на основании расчета суточной работы миокарда (СРМ), относительной работы миокарда (ОРМ) =СРМ/ масса тела, удельной работы миокарда (УРМ) = СРМ/ММЛЖ, напряжения стенки магистральных артерий. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы STATISTICA 10.0. Проверку на нормальность распределений осуществляли по тесту Колмогорова-Смирнова. Статистическую значимость различий средних величин оценивали с помощью t-критерия Стьюдента и теста Манна-Уитни при p<0,05.

Результаты. Среднесуточное АД выше в группах с ЭГ и КГ по сравнению с группой безРМ. Удельное сосудистое сопротивление и средний объемный кровоток достоверно выше в группах с ЭГ по сравнению с КГ у мужчин, а у женщин этот показатель выше при ЭГ и КГ недостоверно. У пациентов с ремоделированием миокарда ОРМ выше, чем в группе без РМ, причем достоверно только у женщин. УРМ выше в группе 1 (ЭГ) и 4 (безРМ) и значительно снижены в группах 2 (КГ) и 3 (КР). Для пациентов с КГ и КР при большей толщине стенки характерно меньшее напряжение гладкой мускулатуры магистральных артерий.

Заключение. Полученные данные говорят о достоверно повышенной нагрузке на сердце при всех видах ремоделирования миокарда. Работоспособность сердечной мышцы при ЭГ выше, чем при КГ, но ниже, чем у пациентов без ремоделирования. Результаты объясняют более благоприятный прогноз и возможность обратного ремоделирования миокарда у пациентов с ГБ в сочетании с ЭГ, нежели с КГ и КР.

273 КОЭФФИЦИЕНТ СОГЛАСОВАННОСТИ РАБОТЫ МИОКАРДА И СТЕНКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Суворова И. Ю., Баранов В. И., Кривощеков С. Г., Шевченко И. В.,

ФГБУ НИИ физиологии и фундаментальной медицины, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить биофизические параметры сердечно-сосудистой системы у пациентов, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с различными видами ремоделирования миокарда левого желудочка (РМЛЖ) и без ремоделирования; выявить взаимосвязь и согласованность процессов РМЛЖ и стенки магистральных артерий.

Материал и методы. Обследовано 255 человек, страдающих ГБ в возрасте от 34 до 87 лет. Из них 158 женщин (возраст 64±10 лет, M±SD) и 97 мужчины (возраст 60±10 лет). Всем пациентам проводилось суточное (холтеровское) мониторирование АД на аппарате Astrocard Holtersystem 2F Медитек (Россия). Рассчитывались среднесуточные показатели артериального давления и частоты сердечных сокращений. Также было выполнено доплерографическое исследование брахиоцефальных артерий и эхокардиографическое исследование на аппарате GE Voluson E-8 по общепринятой методике, с последующим расчетом индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) как отношение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) к площади поверхности тела. Согласно рекомендациям ESC по АГ (2013), за гипертрофию принимали индекс массы миокарда ЛЖ >115 г/м^2 для мужчин и >95 г/м^2 для женщин. Типы геометрии оценивали в соответствии с классификацией A. Ganau по соотношению ИММЛЖ и относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ. За повышение ОТС принимали 0,42 ед. и более. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от вида ремоделирования: 1 гр — пациенты с ГБ в сочетание с эксцентрической гипертрофией (ЭГ), 2 гр — концентрической гипертрофией (КГ), 3 гр — концентрическим ремоделированием (КР), в 4 гр — без ремоделирования миокарда левого желудочка (безРМ), соответственно.

Работа единицы массы миокарда (работоспособность) и напряжение гладкой мускулатуры стенки магистральных артерий оценивали на основании расчета суточной работы миокарда (СРМ), относительной работы миокарда (ОРМ) =СРМ/ масса тела, удельной работы миокарда (УРМ) = СРМ/ ММЛЖ, напряжения стенки магистральных артерий. Нами был рассчитан коэффициент согласованности (КС) работы сердца и гладко-мышечной стенки магистральных артерий как отношение Удельной работы сердца к Напряжению стенки. Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартного пакета программы STATISTICA (версия 10.0). Проверку на нормальность распределений осуществляли по тесту Колмогорова-Смирнова. Статистическую значимость различий средних величин оценивали с помощью t-критерия Стьюдента и теста Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты. У пациентов с ремоделированным миокардом значения УРМ сердца значительно ниже, чем у пациентов 4й

группы, и резко снижена у пациентов с КГ и КР. В результате было получено, что КС при отсутствии ремоделирования (4 гр) и ЭГ (1 гр) статистически не отличаются, в то время как при КГ (2 гр) и КР (3 гр) достоверно снижены. Продемонстрировано, что для пациентов 2й и 3й групп характерно преобладание напряжения гладкой мускулатуры артерий над работой миокарда.

Заключение. Полученные данные объясняют более благоприятный прогноз и возможность обратного ремоделирования миокарда у пациентов с ГБ в сочетании с ЭГ, нежели с КГ и КР. Помимо этого, результаты исследования позволяют предположить генетическую обусловленность отсутствия "точки невозврата" при ЭГ и/или необратимости процессов ремоделирования в случае КГ и КР.

274 ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ГОМОЦИСТЕИНЕМИЮ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Суджаева О.А., Суджаева С.Г., Губич Т.С., Казаева Н.А., Русских И.И., Колядко М.Г.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель. Изучить влияние розувастатина на дислипидемию и гомоцистеинемию у лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование включено 30 пациентов с АГ I–IIIстепени, имеющих риск 1–4% по шкале SCORE, в возрасте 45,3±2,0 года, не имевших документированных сердечно-сосудистых заболеваний. Не включались лица, ранее получавшие статины и имевшие противопоказания к приему розувастатина. Все пациенты получали стандартную антигипертензивную терапию, гиполипидемическая терапия была представлена дифференцированным в зависимости от уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) назначением розувастатина (Мертенил, Гедеон Рихтер, Венгрия). При уровне ЛПНП 3,1–4,4 ммоль/л назначали 10 мг, ≥4,5 ммоль/л — 20 мг препарата. Липидный спектр крови определялся на автоматическом биохимическом анализаторе Olympus–AU 400 латексным методом и методом иммунотурбодиметрии, количественное определение L-гомоцистеина (Нсу) проводилось хемилюминисцентным методом с использованием анализатора и реагентов Architect System (Abbot Laboratories, USA). У каждого пациента I тест проводился при скрининге, II тест — через 3 месяца. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6,0 для WINDOWS.

Результаты. При I тесте уровень общего холестерина (ОХ) составлял от 5,6 до 10 ммоль/л (в среднем 7,2±0,3 ммоль/л), ЛПНП — от 3,61 до 8,38 ммоль/л (в среднем 4,9±0,2 ммоль/л), Нсу — 13,4±0,9 μмоль/л (не превышал рекомендованную производителем верхнюю границу нормы (ВГН) — 15,39 μмоль/л). Из 30 включенных в исследование повышение уровня гомоцистена выявлено у 4 (13%) пациентов, однако, у лиц с диагностированной гомоцистеинемией уровень Нсу достигал 24,66 μмоль/л, т.е. в 1,5 раза превышал ВГН. При проведении корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Спирмена установлено, что содержание Нсу не коррелировало ни с одним из анализируемых показателей липидного спектра крови ($p>0,05$). Под влиянием 3-х месячного приема розувастатина наблюдалось достоверное снижение ОХ от 7,2±0,3 ммоль/л при I тесте до 5,6±0,2 ммоль/л — при IIтесте ($p<0,05$), т.е. на 22%, а также достоверное снижение уровня ЛПНП от 4,9±0,2 до 3,8±0,2 ммоль/л ($p<0,05$), т.е. на 23%. Целевого уровня ЛПНП<3,0 ммоль/л достигли 36% обследованных пациентов. Содержание Нсу при IIтесте в среднем по группе составило 11,1±0,5 μмоль/л, т.е. стало ниже, чем исходно — 13,4±0,9 μмоль/л ($p<0,05$). Самым важным является тот факт, что при IIтесте уровень Нсу не превышал ВГН ни у одного из обследованных. Динамика ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ТГ не коррелировала с изменением уровня Нсу.

Заключение. Встречаемость гомоцистеинемии у пациентов с АГ и умеренным риском (1–4% по шкале SCORE) составляет 13%. Характер и выраженность нарушений липидного обмена не коррелирует с уровнем гомоцистеина. Гомоцистеин и дислипидемия являются независимыми факторами риска, которые одинаково хорошо поддаются коррекции при использовании розувастатина.

275 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРАТКОГО ОПРОСНИКА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Сушкина И.Ф., Дорофеева Н.П., Самакаев А.С., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Оценить качество жизни у больных острым коронарным синдромом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа, используя краткий опросник Всемирной Организации Здравоохранения (WHOQOL BREF).

Материал и методы. Опрошено 130 человек, сопоставимых по возрасту. Пациенты были разделены на 6 групп: инфаркт миокарда, инфаркт миокарда и сахарный диабет 2 типа, нестабильная стенокардия, нестабильная стенокардия и сахарный диабет 2 типа, сахарный диабет 2 типа и практически здоровые. Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника WHOQOL BREF, который состоит из 26 вопросов, оценивающих 4 сферы качества жизни: физическую, психологическую, социальную и окружающую среду. Оценка результатов проводилась согласно шкале, представленной в инструкции к опроснику. Бальная шкала представлена от 0 до 100 и, соответственно, чем выше балл, тем выше качество жизни.

Результаты. При сравнительной оценки качества жизни у пациентов с нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда и практически здоровых лиц выявлено статистически значимое снижение качества жизни в обеих группах больных, в сферах характеризующих физическое, психологическое и социальное функционирование. Снижение качества жизни составило от 17,5 до 24,5%. По результатам оценки сфер качества жизни в группах практически здоровых, сахарного диабета 2 типа, а так же пациентов острым коронарным синдромом с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, статистически достоверное снижение качества жизни отмечается в физической, психологической и социальных сферах сферах во всех группах больных, по равнению с практически здоровыми лицами (от 15,7 до 22,1%). При этом изучаемые показатели в разных группах больных (острого коронарного синдрома с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа и без диабета, сахарного диабета 2 типа) значимо не отличались между собой.

Заключение. Метод оценки качества жизни с помощью данного опросника Всемирной Организации Здравоохранения информативен в клинической практике для мониторирования состояния больного в процессе лечения и на этапе реабилитации, а так же для подбора индивидуальных программ терапии, как при остром коронарном синдроме, так и при сахарном диабете 2 типа. У пациентов с острым коронарным синдромом как без сахарного диабета 2 типа, так и с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа отмечается снижение качества жизни преимущественно в физической, психологической и социальной сферах.

276 ОЦЕНКА ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Сушкина И.Ф., Сагакова Г.А., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку вазомоторной функции эндотелия в состоянии покоя и при проведении функциональных проб у пациентов ишемической болезнью сердца и практически здоровых лиц.

Материал и методы. Оценка вазомоторной функции проведена у 44 пациентов мужского пола основной группы с диагнозом ишемическая болезнь сердца, 24 практически здоровых мужчин группы сравнения и 83 практически здоровых юношей контрольной группы. Показатели микрогемодинамики регистрировали методом высокочастотной ультразвуковой допплерографии. Линейные и объемные скорости кровотока определяли в состоянии покоя и с проведением функциональных проб. Анализировали следующие показатели: Vas — максимальная систолическая скорость кровотока по кривой средней скорости, Vam — средняя линейная скорость кровотока по кривой средней скорости, Vakd — конечная диастолическая скорость по кривой огибающей средней скорости, Qas — систолическая объемная скорость по кривой средней скорости, Qam — средняя объемная скорость по кривой средней скорости Для оценки эндотелий-зависимой вазодилатации использвали пробу с реактивной гиперемией. Для исследования эндотелий-независимой вазодилатации проводили пробу с нитроглицерином. Запись допплерограммы проводили сразу после пробы, на 1-й, 3-й, 5-й минуте после пробы.

Результаты. Показатели линейной скорости кровотока у пациентов основной группы были выше, чем в контрольной и группе сравнения. При сравнении значений линейной скорости кровотока отмечалось большее значение Vam в контрольной группе и Vakd в группе сравнения. При оценке Qas в состоянии покоя в сравниваемых группах не менялся. Qam был достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной и группой сравнения, а так же в контрольной группе, чем в группе сравнения. При проведении пробы с реактивной гиперемией адекватная реакция была отмечена лишь в контрольной группе, и сопровождалась приростом линейной (Vas) и объемной (Qas) скоростей уже через 1 минуту после пробы, и составила 30% и 33%, соответственно. В группе сравнения наблюдалась парадоксальная реакция в виде достоверного снижения показателя Vas в течение всей пробы в среднем на 15%, в основной группе наблюдалась ареактивность сосудистой стенки. При проведении пробы с нитроглицерином у пациентов контрольной группы имела место адекватная реакция как линейной скорости кровотока так и объемной на 1 минуте после пробы с приростом кровотока на 25% и 24%, соответственно. При этом изменение Vas в основной и группе сравнения носило парадоксальный харктер и выражалось уменьшением линейной скрости кровотока сразу после пробы на 16%.

Заключение. Исходно высокие показатели линейных скоростей кровотока у пациентов основной группы свидетельствует об исходном состоянии вазоспазма микрососудов. Проведение функциональных проб у пациентов с нормальными исходными показателями микрогемодинамики позволяет выявить наличие скрытой дисфункции эндотелия у лиц без проявлений ишемической болезни сердца.

277 НОВЫЕ МАРКЕРЫ ФИБРОЗА В ОЦЕНКЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Сыволап В.Д., Лашкул Д.А.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Цель. Изучить уровни новых маркеров фиброза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза в зависимости от наличия неклапанной фибрилляции предсердий.

Материал и методы. В исследование включили 83 пациента (средний возраст 60,6±9,4 лет) с хронической сердечной недостаточностью II–IV функционального класса, согласно Нью-Йоркской ассоциации сердца, обусловленной ишемической болезнью сердца. Второй функциональный класс ХСН имели — 21 (25,3%), III — 54 (65,1%), IV — 8 (9,6%) больных. У 28 пациентов с ФП и в 58 больных без ФП методом иммуноферментного анализа с использованием специальных тест-систем определяли содержание галектина-3, растворимого ST2, матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы-1 (ТИМП-1), N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Пациентам выполнено комплексное трансторакальное эходопплеркардиографическое исследования с определением индекса объема левого предсердия (LAVi), фракции выброса левого желудочка (EF). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистических программ" Statistica 6.0" (пакет Stat Soft Inc, США, № лицензии AXXR712D833214FAN5). Достоверность различий между параметрами определяли с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни, для оценки степени зависимости между переменными использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Разница считалась достоверной при $p<0,05$.

Результаты. При анализе маркеров фиброза и нейрогуморальной активации у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий в сравнении с группой с синусовым ритмом выявлены: более высокий уровень NT-proBNP (567,8±452,3 пг/мл против 392,4±527,9 пг/мл; p=0,02), галектина-3 (5,28±4,2 нг/мл против 4,02±4,2 нг/мл; p=0,04), ТИМП-1 (477,2±286,4 пг/мл против 302,9±176,8 пг/мл; p=0,01) и тенденции к более высокому ST2 (1620±539,9 пг/мл против 1455,3±555,3; p=0,1), ММП-9 (9,5±2,1 нг/мл против 9,1±1,8 нг/мл; p=0,54). Пациенты с фибрилляцией предсердий характеризовались увеличенным индексом объема левого предсердия (21,3±7,5 мл/м^2 против 14,9±4,9 мл/м^2; p=0,02), повышением скорости раннего диастолического наполнения левого желудочка (0,97±0,26 м/с против 0,86±0,23; p=0,08). При проведении корреляционного анализа в группе больных с ХСН и фибрилляции предсердий выявлены стойкие связи между ТИМП-1 и ST2 (r=0,56; p=0,004), галектином-3 и пиком раннего диастолического наполнения левого желудочка (r=–0,56; p=0,01), LAVi и ТИМП-1 (r=0,41; p=0,04), LAVi и галектином-3 (r=0,32; p=0,05).

Заключение. У больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза и фибрилляцией предсердий выявлены более высокие уровни новых маркеров фиброза, которые коррелируют с параметрами ремоделирования левого предсердия, что может служить новой целью в лечении, направленном на уменьшение фиброзообразования и воспаления в предсердия.

278 ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДКОРРРИГИРУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Газизов Р.М., Ацель Е.А., Ситдикова Р.Н.

ГБОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия", ГАУЗ "Госпиталь для ветеранов войн", Казань, Россия

Цель. Исследование динамики липидного спектра и состояния иммунитета под влиянием комплексной терапии с включением розувастатина у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста.

Материал и методы. 46 больных ишемической болезнью сердца в возрасте от 65 до 74 лет; мужчин — 20, женщин — 26. Стенокардия напряжения II функционального класса выявлена у 29 больных, III класса — у 17 больных. У 24 больных имелся постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия — у 38 больных. Больные получали комплексное лечение (ингибиторы АПФ, АРА, β-адреноблокаторы, ивабрадин, коронарные вазодилататоры, антиагреганты). Дополнительно назначали гиполипидемический препарат из группы статинов Роксера (Розувастатин "KRKA") в дозе 5 мг в течение 4 недель. У пациентов с уровнем ХС ЛНП ≥ 3 ммоль/л после 4 недельного лечения доза препарата была увеличена до 10 мг, и лечение продолжалось еще в течение 4 недель. Всем больным проводилось динамическое (1 раз в месяц) исследование липидного

спектра: ОХС, ХС-ЛНП, ХС–ЛВП, ТГ. Для оценки состояния иммунной системы в динамике определялось количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Результаты. До начала лечения средние показатели липидограммы составили: ОХС — 6,44 ± 0,60 ммоль/л; ХС ЛНП — 4,38±0,42 ммоль/л; ХС ЛВП — 0,94±0,18 ммоль/л; ТГ — 1,97±0,28 ммоль/л. Количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс, показатели функциональной активности лимфоцитов (индекс супрессии и индекс стимуляции), уровни сывороточных иммуноглобулинов А, М, G не отличались от показателей контрольной группы. Через 4 и 8 недель лечения розувастатином отмечалось достоверное снижение уровня ХС ЛНП (соответственно, до 2,84±0,41 ммоль/л и 2,62±0,33 ммоль/л). В конце исследования содержание ОХС снизилось при назначении розувастатина на 24,8%, содержание ХС ЛНП снизилось на 39,8%, содержание ТГ снизилось на 14,2%, содержание ХС ЛВП повысилось на 7,4%. Целевого уровня ХС ЛНП достигли 44,8% больных. Включение розувастатина в комплексное лечение больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста не влияло на показатели состояния иммунитета.

Заключение. Полученные результаты позволяет рекомендовать препарат роксера для коррекции нарушений липидного обмена при ишемической болезни сердца у больных пожилого возраста.

279 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КСИМЕДОНА, ДИМЕФОСФОНА И ПОЛИОКСИДОНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Газизов Р. М., Бейлина Н. И., Климова Н. А.

ГБОУ ДПО “Казанская государственная медицинская академия”, Казань, Россия

Цель. Сравнительная оценка эффективности отечественных лекарственных средств с иммунокоррегирующей активностью ксимедона и димефосфона и иммуномодулятора полиоксидония при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС).

Материал и методы. 268 больных ХРБС в возрасте от 24 до 72 лет с различными пороками сердца, из них женщин — 196, мужчин — 72. 59 больных I группы получали традиционную терапию (ТТ); 94 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон по 0,5 г 3 раза в день в течение трех недель; 92 больных III группы — димефосфон внутрь по 10–15 мл 15% раствора 3 раза в день. 23 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 ежедневно контролировалось самочувствие и объективное состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, Эхо-КГ, еженедельно в динамике определялось количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов (Т-Лф) методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа; функциональная активность лимфоцитов (Лф) в РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов (Н) в НСТ-тесте; уровень сывороточных иммуноглобулинов (Ig) А, М, G.

Результаты. При лечении больных ХРБС 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 Лф; стимулировала функциональную активность Лф в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности Н в НСТ-тесте и уровней сывороточных Ig. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности Н 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 Н.

Заключение. В результате проведенных исследований показано, что по иммунокоррегирующей активности ксимедон и димефосфон не уступают иммуномодулятору полиоксидонию, что позволяет рекомендовать их использование в лечении больных хронической ревматической болезнью сердца.

280 ПОКАЗАТЕЛИ БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Тетелютина Ф. К., Бадриева Ю. Н., Сушенцова Т. В., Кардапольцева М. М.

ГБОУ ВПО “Ижевская государственная медицинская академия” МЗ РФ, Ижевск, Россия

Пролапс митрального клапана (ПМК) нередко сопровождается дисплазией соединительной ткани (О. М. Громова и соавт., 2012), в связи с чем определение метаболитов обмена соединительной ткани подчеркивает актуальность проблемы.

Цель. Изучение показателей биополимеров соединительной ткани у женщин с пролапсом митрального клапана в плазме крови и моче.

Материал и методы. Нами было выполнено определение концентрации свободного гидроксипролина по методике П. Н. Шараева (1976) с использованием парадиметиламинобензальдегида в плазме крови и моче, коллагенолитической активности (КА) (E. Schalinatus et al., 1978, в модификации П. Н. Шараева и соавт., 1987) в плазме крови в динамике гестации (14–16 недель, 28–30 недель и 36–40 недель беременности). Забор материала был произведен с информированного согласия у 30 беременных с ПМК и 30 практически здоровых женщин, наблюдавшихся в БУЗ УР “Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР”. Средний возраст которых достоверно не отличался ($p>0,05$).

Результаты. У обследуемых женщин с ПМК в 14–16 недель беременности концентрация свободного гидроксипролина в плазме крови составила 349,21±15,38 мкмоль/л, что достоверно выше практически здоровых женщин — 237,79±11,77 мкмоль/л ($p<0,05$). В 28–30 недель, соответственно — 379,30±29,27 мкмоль/л и 286,02±14,58 мкмоль/л ($p<0,05$) и в 36–40 недель, соответственно, 548,17±23,77 мкмоль/л и 379,61±24,12 мкмоль/л ($p<0,05$). Таким образом, наблюдалось достоверное увеличение показателя свободного гидроксипролина в плазме крови в течение беременности у женщин с ПМК с 349,21±15,38 ($p<0,05$) до 548,17±23,77 мкмоль/л ($p<0,05$), что составило 57,26%. Статистической разницы показателя коллагенолитической активности у здоровых женщин не определялось, до 36 недель беременности наблюдалось угнетение КА, а затем отмечен ее рост к 36 недели беременности до 0,14±0,04 мкмоль/г/ч. В то время как у беременных с ПМК ее изменение отмечается с 0,02±0,01 мкмоль/г/ч в 14–16 недель беременности до 1,53±0,36 мкмоль/г/ч к 36 недели беременности ($p<0,05$).

В 14–16 недель беременности содержание свободного гидроксипролина в моче у женщин с ПМК составило 326,18±19,71 мкмоль/л, у практически здоровых женщин — 25,28±1,09 мкмоль/л, в 28–30 недель беременности, соответственно, 539,91±28,12 мкмоль/л и 41,83±1,72 мкмоль/л и в 36–40 недель беременности — 765,91±24,31 мкмоль/л и 71,19±1,91 мкмоль/л. У женщин с пролапсом митрального клапана в динамике беременности содержание свободного гидроксипролина в моче достоверно выше ($p<0,001$) в сравнении с практически здоровыми женщинами, что указывает на преобладание катаболических процессов соединительной ткани.

Заключение. Таким образом, изменения показателей метаболизма коллагена у беременных с пролапсом митрального клапана указывают на усиление катаболических процессов соединительной ткани.

281 ГЕСТАЦИОННЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Тетелютина Ф. К., Копысова Е. Д.
ГБОУ ВПО "Ижевская Государственная Медицинская Академия" МЗ РФ, Ижевск, Россия

Открытый артериальный проток в структуре врожденных пороков сердца у беременных встречается от 11,0% до 12,0%.

Течение гестационного периода у женщин с открытым артериальным протоком сопряжено с множеством проблем, так как физиологические нагрузки, свойственные беременности (увеличение ОЦК, сердечного выброса, частоты сердечных сокращений) преодолевает сердце с измененной анатомией, поэтому вынашивание беременности и ее благоприятный исход возможны только после хирургической коррекции порока.

Цель. Изучить взаимовлияние открытого артериального протока и беременности на гестационные исходы для матери и плода.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 35 беременных с открытым артериальным протоком, в возрасте от 20 до 35 лет, средний возраст — 26,3±1,6 лет. Контрольная группа представлена 20 практически здоровыми беременными, средний возраст — 25,7±0,7 лет. Все беременные находились под наблюдением акушера-гинеколога и кардиолога; проведено комплексное обследование в соответствии со стандартами оказания акушерско-гинекологической помощи. Хирургическая коррекция порока за 5–12 лет до настоящей беременности была проведена у 21 беременной (60,0%), остальные пациентки были без хирургической коррекции порока.

Результаты. У 4 беременных (11,4%) констатировано увеличение левого предсердия и правого желудочка у 2 беременных (5,7%) — увеличение левого предсердия и левого желудочка, сопровождающееся нарастанием ударного объема в среднем до 89,9±1,07 мл ($p<0,01$). По данным эхокардиографии у 11 больных (31,4%) выявлена ХСН I, у 3 пациенток (8,6%) — ХСН IIA. У 3 больных (8,6%) не исключается реканализация протока.

Активное ведение беременности позволило снизить развитие угрозы прерывания беременности до 16,2%, преэклампсии до 7,6%, анемии до 12,8% в сравнении с практически здоровыми женщинами, соответственно: 28,9%, 37,1%, 43,3%. Абдоминальное родоразрешение проведено 2 роженицам (5,7%) по акушерским показаниям. У 5 новорожденных (14,2%) выявлена 1 степень гипотрофии плода, у 2 (5,7%) — вторая.

Заключение. Таким образом, своевременно выполненная хирургическая коррекция открытого артериального протока позволяет снизить частоту соматической патологии в течение гестации и осложнений беременности.

282 ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ

Тимганова Е. В., Кратнов А. Е., Королева Е. В., Третьякова А. Н., Назарова Е. А.
ГБОУ ВПО "Ярославская государственная медицинская академия", Ярославль, Россия

Цель. Изучение внутриклеточного метаболизма нейтрофилов (НФ) у мужчин с ожирением.

Материал и методы. Обследовано 75 мужчин (средний возраст 46,3±7,9 года), госпитализированных в кардиологическое отделение для профессионального осмотра без ишемической болезни сердца, для исключения которой выполнялись электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. У 73 (97,3%) пациентов выявлялась артериальная гипертония. С целью диагностики ожирения рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Для изучения внутриклеточного метаболизма НФ использовался тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, пероксида водорода. В сыворотке крови определяли уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Philips "En Visor C". Диастолическая дисфункция диагностировалась согласно критериям рабочей группы Европейского общества кардиологов в зависимости от возраста пациентов. Выделялись три типа нарушений наполнения ЛЖ: с замедленной релаксацией, псевдонормальный и рестриктивный, которые соответствуют незначительной, умеренной и тяжелой степени диастолической дисфункции.

Результаты. Ожирение встречалось у 60 (80%) обследованных пациентов, из них у 39 (65%) выявлялась I степень ожирения (ИМТ 30–34,9 кг/м^2), у 16 (26,7%) — II степень ожирения (ИМТ 35–39,9 кг/м^2), у 5 (8,3%) пациентов — III степень ожирения (ИМТ ≥ 40 кг/м^2). У мужчин с ожирением наблюдалось достоверно более высокое количество НФ в периферической крови (58,3±8,1>55,2±7,3%; $p=0,03$) и активация их кислородзависимого метаболизма по данным стимулированного НСТ-теста (107,9±23,1 > 96,7±22,4 нмоль восст. НСТ; $p=0,05$). Также у данных лиц выявлялся достоверно более высокий уровень ЦИК (41,4±18,1 > 32,4±15,9 ед. опт. пл.; $p=0,04$) в плазме крови. Диастолическая дисфункция ЛЖ достоверно чаще диагностировалась при наличии ожирения (43,3%>13,3%; $p = 0,03$). При этом достоверного различия по наличию артериальной гипертонии у лиц с ожирением или его отсутствием выявлено не было. При изучении внутриклеточного метаболизма НФ выявлено, что у лиц с ожирением и наличием диастолической дисфункции была достоверно выше активность миелопероксидазы в фагоцитах (13,2±15,9>6,9±6,4 SED; $p=0,01$) и уровень глюкозы в капиллярной крови (5,5±0,8 >5±0,8 ммоль/л; $p=0,009$). Выявлялась умеренная прямая корреляция ($r=0,34$; $p=0,07$) между показателями глюкозы капиллярной крови и активностью миелопероксидазы в НФ у пациентов с ожирением и диастолической дисфункцией ЛЖ.

Заключение. У мужчин с ожирением выявляется ЦИК-зависимая активация кислородзависимого метаболизма НФ. Чаще диагностируемая при ожирении диастолическая дисфункция ЛЖ ассоциируется с ростом уровня глюкозы капиллярной крови и сопровождается увеличением внутриклеточной активности миелопероксидазы в НФ.

283 СИСТОЛИЧЕСКАЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

Титова А. Л., Сайганов С. А.
ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить систолическую и диастолическую функции левого желудочка у больных после операций прямой реваскуляризации на открытом сердце.

Материал и методы. Было исследовано 48 пациентов, которым до и после аорто-коронарного шунтирования в условиях off-pump, была выполнена эхокардиографическая оценка показателей функции ЛЖ (фракция выброса, индекс локальной сократимости, митрально-септальная сепарация, соотношение E/A, время замедления раннего диастолического наполнения DT). Анализ локальной сократимости миокарда ЛЖ проводился по стандартной схеме (16 сегментов), согласно рекомендациям ASE. Динамика за вышеописанными показателями составила 1 месяц.

Результаты. Клиническая картина ИБС до поступления в стационар чаще всего была представлена приступами стенокардии напряжения II и III ФК (38% и 44%, соответственно), 78% пациентов в анамнезе имели ИМ. Практически все проопе-

рированные пациенты имели многососудистое поражение коронарного русла. ФВ до операции была умеренно снижена (<45%) у 6% пациентов, легкое снижение (<55%) наблюдалось у 12%. Динамика ФВ за 1 месяц составила 61,7 и 62,6% (p>0,05). ИЛС был незначительно снижен (1–1,5) у 32% пациентов, умеренное снижение (1,5–2) имели 18%. Нарушенная диастолическая функция левого желудочка по данным оценки ТМК зарегистрирована у 94%. Из них, по типу нарушения релаксации ЛЖ встречалось в 64%, псевдонормальный вариант кровотока — в 30% случаев. Средние значения показателей диастолической функции ЛЖ были следующими: индекс VE/VA — 0,94±0,31, 1,03±0,34 (p<0,05); DT- 219,4±49,6 мс, 214±55,6 (p>0,05) до и после операции, соответственно. Перикардиотомный синдром наблюдался у 26% пациентов, который в большинстве случаев разрешился к концу 2-й недели. Послеоперационный период, в основном, осложнялся пароксизмами ФП (26%). Была обнаружена обратная корреляция между фракцией выброса и митрально — септальной сепарацией (коэффициент корреляции R=—0,5), с индексом локальной сократимости (коэффициент корреляции R=—0,6). Отсутствовала корреляция между ИЛС и показателями диастолической функции.

Заключение. Отсутствие достоверного улучшения глобальной функции миокарда в раннем послеоперационном периоде свидетельствует о необратимой гибели кардиомиоцитов вследствии ранее перенесенных ИМ, на долю функционально восстановленного, в ходе реваскуляризации, гибернированного миокарда приходиться незначительная часть. Наиболее чувствительной к восстановлению кровообращения в коронарных сосудах в раннем послеоперационном периоде оказалась диастолическая функция миокарда.

284 ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Токарева З. Н., Хабарова О.Ю, Карулина Л. Ю.

БУ “Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации” Минздравсоцразвития Чувашии, БУ “Республиканский эндокринологический диспансер” Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары, Россия

Цель. Оценить эффективность работы школы сахарного диабета (СД) в течение 12 лет.

Материал и методы. В целях повышения эффективности мероприятий по развитию диабетологической помощи населению Российской Федерации, в рамках реализации Федеральной целевой программы “Сахарный диабет”, во исполнение приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 267 от 16.07.2001 г. в учреждениях здравоохранения Чувашской Республики были организованы школы СД. Если в 2000г функционировало только 2 школы СД, то в 2001 г. было организовано одномоментно 23 школы СД в лечебно-профилактических учреждениях республики (ЛПУ). За 12 лет число пациентов, обученных в школах СД в ЛПУ республики увеличилось в 14 раз (с 719 чел. в 2000г до 10260 чел. в 2012г). За 12 лет в школах пациента СД обучено — 15640 слушателей. В настоящее время в республике функционирует 36 школ для пациентов СД. Занятия в школе имеют единую структуру: вводная часть, информационная часть, активные формы обучения, заключительная часть занятия. Обучение проводится индивидуально и в группах до 5 пациентов согласно тематическому плану 2 раза в неделю. Форма занятий — интерактивный семинар в виде свободного диалога.

Программа обучения включает 5 занятий по следующим темам: “Что такое диабет”, “Осложнения СД”, “Инсулинотерапия”, “Питание при СД”, “Здоровый образ жизни”. В обучающем процессе широко применяются видеофильмы, специальные информационные стенды, медицинская и другая научно-методическая литература. Обязательным условием является проведение анкетирования пациентов до и после проведения занятий в школе.

Результаты исследования. Из числа обучавшихся в школах пациента, на вопрос “Как изменились условия Вашей жизни и поведение в 2010–2012 гг.” положительный ответ дали, оценивая условия своей жизни — 27,7%, собственное поведение — 30,4%. Женщины (67,0%) были более информированы о наличии школ пациента в ЛПУ, чем мужчины (60,3%), а также чаще в них обучались — 30,1% женщин и 26,4% мужчин. Однако, после обучения доля мужчин (33,6%), отметивших у себя существенное улучшение здоровья была выше, чем среди женщин — 25,3%.

Работа Школы СД в Чувашской Республике в течение 12 лет продемонстрировала высокую эффективность: 58% пациентов позитивно и рационально изменили режим и характер питания, у 46% удалось сформировать мотивацию к сохранению здоровья, у 48% пациентов повысилась приверженность к лечению хронических заболеваний, 52% слушателей откорригированы факторы риска. Количество госпитализаций с декомпенсацией (кетоацидотических состояний, ком) уменьшилось в три раза.

Заключение. Полученные данные подтверждают необходимость проведения Школы СД. Профилактическая работа позволяет формировать мотивацию на укрепление и сохранение здоровья, повышение личной и групповой ответственности за здоровье человека к ведению здорового образа жизни. Групповой характер занятий позволяет сберечь время, сократить трудозатраты. Помимо большой экономичности, занятия в Школе СД намного действенны, потому что здесь имеется систематичность в изложении знаний, а не просто беседа врача с больным.

285 ШКОЛА ОТКАЗА ОТ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК И ПРЕОДОЛЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Токарева З. Н., Чепурной М. А., Федорова С. Д., Евдокимова А. А., Ильина С. И., Тоябинская М. М.

БУ “Республиканский центр восстановительной медицины и реабилитации” Минздравсоцразвития Чувашии, БУ “Республиканский наркологический диспансер” Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары, Россия

В современном обществе широко распространено табакокурение, являющееся одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения. Только в России от причин, связанных с табакокурением ежегодно умирает около 300 тысяч человек. Больше половины курильщиков ежегодно погибают в трудоспособном возрасте.

Цель. Увеличение охвата, повышение доступности и качества медицинской профилактической помощи населению, профилактика никотиновой зависимости, обучение пациентов способам и приемам борьбы с курением, правильному и рациональному питанию, регулированию режима труда и отдыха, здоровому образу жизни.

Материал и методы. Во исполнение Указа Президента ЧР № 129 от 29.11. 2004 г. “О профилактике курения табака” разработана Республиканская программа по ограничению курения табака в Чувашской Республике. Одним из мероприятий программы является организация на базе учреждений здравоохранения Чувашской Республики Школы отказа от вредных привычек и преодоления табачной зависимости. Если в 2004 г. была организована 1 Школа здоровья, то в 2013 г. функционировало 12 Школ отказа от вредных привычек и преодоления табачной зависимости и 1 виртуальная Школа здоровья “Активная психопрофилактика табакокурения среди подростков”.

За 10 лет число обученных в школах увеличилось в 8 раз (с 320 чел. в 2004 г., до 2842 чел. в 2013 г.). Программа обучения включает 4 занятия, которые проводятся согласно тематическому плану 2 раза в неделю и имеют следующие темы: “Здоровый образ жизни без никотина”, “Принципы рационального питания”, “Привычка к курению”, “Лечение никотиновой зависимости”.

Формируются группы до 8 слушателей, занятия проводятся как интерактивный семинар в виде свободного диалога, в ходе которого пациент вовлекается в активную работу Школы. Для оценки эффективности работы Школы разработана анкета

слушателя, она состоит из 10 вопросов. Анкетирование пациентов проводится на вводном и последнем занятиях.

Результаты. Об эффективности работы Школы говорят следующие показатели: 5,1% бросили курить, имея за спиной 20 летний стаж курения; необходимо отметить, что у этих пациентов был высокий уровень мотивации отказа от курения. 8,5% в 2 раза уменьшили число выкуриваемых сигарет в день, 32% пациентов задумались о том, что "надо меньше курить". У 27% слушателей удалось сформировать устойчивую мотивацию на здоровый образ жизни. 35% слушателям откоррегированы факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, 45% разработаны индивидуальные программные мероприятия.

Заключение. Полученные данные подтверждают необходимость проведения в лечебно-профилактических учреждениях Школы отказа от вредных привычек и преодоления табачной зависимости. Профилактическая работа позволяет сформировать у человека мотивацию к ведению здорового образа жизни. Таким образом, опыт организации Школы является эффективной и малозатратной формой профилактической работы у лиц с зависимостью от табака и может быть рекомендован для широкого применения.

286 РЕГУЛЯЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Токтарова Ж. Ж., Масалимова А. Т.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Анализ накопленных в литературе данных свидетельствует о наличии сложной связи артериальной гипертонии и метаболического синдрома, что и послужило причиной для подробного изучения этого синдрома на эпидемиологическом, клиническом и молекулярном уровнях. Важными составляющими патогенеза артериальной гипертонии при метаболическом синдроме, кроме инсулинорезистентности, гиперлептинемии, нарушений обмена липидов являются активация механизмов симпатического отдела вегетативной нервной системы, нарушения функции эндотелия и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза.

Цель. Оценка состояния вегетативной регуляции гемодинамики у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Всего в рамках работы обследовано 113 больных артериальной гипертонией, в том числе 58 с МС. Средний возраст больных с МС составил 51,3±3,1 года, группы сравнения — 52,8±2,9 года.

Исследование функционального состояния ВНС производилось путем применения прибора "ВНС-спектр". Проводилась оценка состояния ВНС в покое, а также на фоне физической нагрузки (степ-тест). Оценивались следующие показатели: RR — интервал RR, мкс; AMo — амплитуда моды,%; HF — высокочастотная часть спектрограммы; LF — низкочастотная часть спектрограммы; LF/HF — отношение мощностей низких и высоких частот.

Результаты. В результате проведенного обследования были выявлены следующие показатели вариабельности сердечного ритма, характеризующие состояние ВНС у обследованных больных АГ с МС.

Отмечалось достоверное повышение AMo как в состоянии покоя, так и при проведении нагрузочной пробы. В покое в группе больных АГ с МС была достоверно снижена высокочастотная часть интервалограммы (HF) — на 37,1% ($p<0,05$), в то время как соотношение низкочастотной и высокочастотной частей интервалограммы — увеличено на 115,6% ($p<0,001$).

Заключение. При проведении степ-теста отмечался рост показателя LF и снижение — HF, причем различия по первому показателю достигли степени достоверности ($p<0,05$). Разница между группами по величине соотношения LF/HF уменьшилась до 85,1% ($p<0,001$). Вывод: при исследовании состояния ВНС у больных АГ с МС, показатели интервалограммы указывают на наличие у них состояния симпатикотонии, однако со сниженной относительной контрольной группы здоровых лиц вегетативной реактивностью.

287 КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Томашевич К. А., Волкова С. Ю.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Тюменская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тюмень, Россия

Цель. Оценить частоту коморбидных состояний у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в клинической практике.

Материал и методы. В исследование включено 102 пациента с ХСН (42 мужчин, и 60 женщин, средний возраст 69,7±13,2лет) поступивших по экстренным показаниям ("декомпенсация ХСН") в терапевтическое отделение стационара ОАО МСЧ "Нефтяник" г, Тюмени. При поступлении предшествующий ФК ХСН оценивался как 2-й у 18 пациентов (17,6%), у остальных он был оценен как 3-й и выше.По стадиям ХСН пациенты разделились примерно поровну на 2А — у 49% пациентов и 2Б (51%). При верификации диагноза учитывались также данные проведенного ранее обследования, в том числе и в других ЛПУ. Статистическая обработка проводилась стандартными методами.

Результаты. У подавляющего большинства пациентов (96,1%) причиной ХСН являлась ИБС. В 4-х случаях ИБС не была выявлена, причиной ХСН явились: рецидивирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, перенесенный инфекционный эндокардит, гипертрофическая кардиомиопатия, дилатационная кардиомиопатия. В 88 случаях (86,3%) ИБС сочеталась с артериальной гипертонией. Из коморбидных состояний также были верифицированы: сахарный диабет 2 типа -у 18,6% наблюдавшихся пациентов, ХОБЛ- у 11,7%, хроническая болезнь почек- у 5,9%, бронхиальная астма- у 1,9%, в 7,8% случаев выявлены клапанные пороки (атеросклеротического генеза). При этом в 27,5% наблюдений отмечено наличие анемии, преимущественного легкой степени (82,1% от числа больных с анемией). Только у 7 (6,7%) больных не было выявлено коморбидной патологии. У 45,1% пациентов наблюдалась одна коморбидная патология, как правило, это была АГ (89,1%). У 38,2%- две, у 6,7%-три, и у 3,9%-четыре сопутствующих заболевания. В случае сочетания двух сопутствующих заболеваний в 23,1% наблюдениях это было сочетание АГ с сахарным диабетом 2 типа, в 15,4- сочетание АГ с ХОБЛ, и в 61,5%-сопутствующей патологией была анемия. В стационаре экзальтировало 3 пациента (2,9%), все они имели фоновым заболеванием болезнь почек в сочетании с АГ и в 2-х случаях — с сахарным диабетом.

Заключение. Анализ коморбидных состояний у больных с ХСН показал достаточно высокую долю выявления анемии, превышающую частоту таких заболеваний как сахарный диабет, ХОБЛ, хроническая болезнь почек. При этом связь с летальность отмечена только при наличии заболеваний почек в качестве фоновой патологии, при этом анемического синдрома в данной категории больных нами отмечено не было.

288 ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Тумаева Т. С. [1], Балыкова Л. А. [2], Науменко Е. И. [2]

[1]ГБУЗ РМ "МРКПЦ", Саранск; [2]Медицинский институт Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева, Саранск, Россия

Цель. Оценить изменения на ЭКГ у новорожденных группы высокого риска (недоношенные; дети после кесарева сечения (КС); дети с клиническими проявлениями церебральной ишемии (ЦИ)) в раннем неонатальном периоде

Материал и методы. ЭКГ проводили в 1–2 сутки жизни на электрокардиографе "Kens" (Япония) в 12 стандартных отведениях. В ходе обследования 252 новорожденных различного гестационного возраста (ГВ) были сформированы три группы. Группы сравнения: 1-я группа-100 детей, рожденных путем КС; 2-я группа-102 ребенка после естественных родов. Дети 1 и 2 групп перенесли хроническую внутриутробную гипоксию/ишемию и/или острую асфиксию в родах. Критерии исключения: органическое поражение сердечно-сосудистой системы (ССС), синдромальная патология. Контрольная группа: 50 здоровых доношенных детей от физиологичных беременности и родов.

Результаты. При оценке результатов у всех детей после КС чаще выявляли ишемически опосредованные нарушения ST — T (86%, 49% и 0%, соответственно, p≤0,001), которые чаще носили распространенный характер и коррелировали со степенью ЦИ (r = 0,908 при p≤0,05). Средний показатель суммарного отклонения амплитуды зубца Т (ПСО-Т) в группах сравнения был выше у пациентов 1-й группы (3,3± 0,61 мм и 2,2 ± 0,68 мм, соответственно, p≤0,005). У детей после КС независимо от гестационного возраста преобладали нарушения автоматизма синусового узла (10% против 2% в группе контроля, p≤0,05); чаще формировалось замедление QTc>440–460мс, особенно у недоношенных (15% против 6% в группе контроля; p≤0,05), что отражало электрическую нестабильность миокарда. Одинаково часто в группах сравнения формировались нарушения проводимости по правой ножке п.Гиса, замедление электрической систолы и нарушения ритма, что коррелировало со степенью ЦИ (r=0,908, r=0,913, r=0,839 при p<0,001).

Заключение. Период ранней адаптации у новорожденных с отягощенным анте- и интранатальным периодом протекает более напряженно, чем у здоровых детей, что влияет на функционирование ССС. Проведение в первые сутки жизни стандартной ЭКГ расширяет диагностические возможности педиатров в выявлении дисфункции ССС у новорожденных из группы высокого риска.

289 ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИБС И ЛИПИДОВ КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Туркина К. В., Мазуров В. И.
СЗГМУ. им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Статины на сегодняшний день единственный класс препаратов, которые обладают не только выраженным гиполипидемическим эффектом, но и плейотропными эффектами, клинические точки приложения которых требуют дальнейшего изучения.

Цель. Актуальным представляется изучение динамики липидов и основных клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) после операции хирургической реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. В исследование были включены 220 больных ИБС, из них 58 до госпитализации в стационар не принимали статины (1-я группа), 162 принимали различные группы статинов (2-я группа), в течение 3–12 месяцев в средней суточной дозе 10–20 мг. Возраст обследованных больных составил 61,70±0,60 года. Всем больным была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда — аортокоронарное шунтирование (АКШ) или чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). После операции больным назначены аторвастатин или розувастатин. Группу контроля составили пациенты, которые не принимали статины, ввиду индивидуальной непереносимости препарата, побочных эффектов, сопровождающихся более чем двукратным повышением уровня печеночных ферментов и отказавшиеся от приема статинов по социальным проблемам. В течение 12 месяцев наблюдения 188 пациентов принимали статины (112 — аторвастатин, 76 — розувастатин) и 32 пациента не получали лечение статинами. Исходно, через 3 и 12 месяцев после операции реваскуляризации миокарда определяли функциональный класс стенокардии, класс сердечной недостаточности (СН), степень артериальной гипертензии (АГ) и показатели липидограммы. Безопасность терапии статинами контролировали по активности печеночных ферментов АЛТ, АСТ и КФК.

Результаты. Стенокардия напряжения была выявлена у 206 (93,6%) больных, артериальная гипертензия — у 217 (98,6%) из 220 больных ИБС. Сердечная недостаточность II ФК была выявлена у 167 (75,9%) больных ИБС, СН III ФК — у 26 (11,8%), I ФК — у 25 (11,4%) и СН IV ФК — у 2 (0,9%). Обе группы были сопоставимы по основным клиническим проявлениям (p>0,10) и достоверно различались по общему холестерину, ЛПНП, ЛПВП, коэффициенту атерогенности (p<0,001), ЛПОНП (p=0,001) и ТГ (p<0,05). Через 3 месяца после операции в обеих группах больных снизился класс стенокардии (p<0,001), степень артериальной гипертензии (p<0,001) и функциональный класс сердечной недостаточности (p<0,05). Статистически достоверно ниже, чем исходные показатели стали уровни ОХС, холестерина ЛПНП и КА (p<0,05). Через 12 месяцев в обеих группах снизился класс стенокардии (p<0,001), степень артериальной гипертензии (p<0,001) и функциональный класс сердечной недостаточности (p<0,05); снизились ОХС, холестерин ЛПНП, КА (p≤0,001), ХС ЛПОНП и ТГ (p<0,05), при этом уровни ОХС и ХС ЛПНП стали достоверно ниже в группе больных, получавших статины в дооперационном периоде (p<0,05). Повышения АЛТ, АСТ более чем в 2 раза или нарастания КФК более чем в 3 раза отмечено не было.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют способность статинов улучшать липидный профиль, снижать атерогенные липиды и позитивно влиять на основные клинические проявления ИБС.

290 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ РЕЗЕРВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ

Турна Э. Ю., Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А.
ГУ "Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского", кафедра терапии и семейной медицины ФПО, Симферополь, Республика Крым

При атеросклеротическом поражении сосудов определение цереброваскулярного резерва позволяет прогнозировать риск развития ишемического инсульта (ИИ). Ежегодная частота инсультов у больных со снижением параметров цереброваскулярного резерва варьирует от 11 до 21%.

Цель. Изучение динамики допплерографических показателей головного мозга под влиянием антигипертензивных комбинаций олмесартан/амлодипин и олмесартан/гидрохлортиазид у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), перенесших ИИ.

Материал и методы. В основной группе — 75 пац. (возраст 61,3±0,9), с АГ, перенесшие ИИ, которые до лечения были рандомизированы на 2 группы: А (назначены: олмесартан 10–20 мг и гидрохлортиазид 12,5–25 мг) и В (назначены: олмесартан 10–20 мг и амлодипин 5–10 мг). В группе сравнения — 30 пац. с АГ 1й и 2й ст., в группе контроля — 30 чел. без сердечно-сосудистой патологии, сопоставимые по полу и возрасту. Всем проводилась допплерография средней мозговой артерии (СМА) с оценкой церебрального гемодинамического резерва (прирост пиковой систолической скорости кровотока — Vps) после гиперкапнической пробы до и на фоне терапии через год.

Результаты. Прирост Vps после гиперкапнической пробы у пациентов основной группы составил 3,2%, в группе сравнения — 14,7%, p = 0,027. На фоне применения олмесартан/амлодипин выявило увеличение Vps на 11,4% справа и 12,9% слева, p<0,01. Использование комбинации олмесартан/гидрохлортиазид способствовало достоверному (p<0,05) приросту

пиковой систолической скорости кровотока справа на 3,5% и слева на 3,2% (98,61±3,46 см/с и 99,75±3,04 см/с, соответственно).

Заключение. Комбинированная антигипертензивная терапия с использованием олмесартана и амлодипина способствовала увеличению церебрального гемодинамического резерва и повышению адаптационных возможностей системы мозгового кровообращения у пациентов с АГ, перенесших ИИ.

291 МАТРИКСНАЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА-9 И ТКАНЕВОЙ ИНГИБИТОР МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-1 ПРИ КАРОТИДНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Усманова З.А., Розыходжаева Г.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Центральная клиническая больница № 1 Медико-санитарного объединения, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить уровень матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) и его тканевого ингибитора-1 (ТИМП-1) в сыворотке крови пациентов с каротидным атеросклерозом.

Материал и методы. В исследование были включены 45 больных в возрасте от 46 до 88 лет (30 мужчин и 15 женщин, средний возраст 67,9±1,5 лет) с каротидным атеросклерозом и 10 здоровых добровольцев (контрольная группа). Больные распределены на две группы в зависимости от степени стеноза сонных артерий (ССС А). В 1-группу вошли 34 больных со ССС А 50% и ниже (в среднем 34,3±2,9%) и во 2-группу включено 11 пациентов со ССС А выше 50% (в среднем 74,7±5,5%). ССС А определена методом цветового дуплексного сканирования на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). Концентрацию ММП-9, ТИМП-1 в сыворотке определяли с помощью стандартных тест-систем для иммуноферментного анализа (Bender-MedSystems GmbH, Австрия). Измерение проводилось на планшетном спектрофотометре Plate Screen (Hospitex Diagnostics, Италия).

Результаты. Во 2-группе по сравнению с 1-группой ММП-9 (225,008±16,25 нг/мл и 187,099±8,47 нг/мл, соответственно, $p<0,05$) и ТИМП-1 (1224,98±86,27 нг/мл и 1016,74±55,37 нг/мл, соответственно, $p<0,05$) были выше. При сравнении показателей обеих групп с ММП-9 и ТИМП-1 контрольной группы (115,34±5,35 нг/мл и 875,56±40,15 нг/мл, соответственно) также выявлены статистически значимые различия ($p<0,001$) между группами. Среднее значение индекса ММП-9/ТИМП-1 во 2- и в 1-группе (0,188±0,011 и 0,176±0,011, соответственно) были выше, чем в контрольной группе (0,124±0,001). Обнаружена положительная взаимосвязь ССС А с концентрациями ММП-9 и ТИМП-1 ($r=0,23$ и $r=0,44$, соответственно).

Заключение. У больных атеросклерозом сонных артерий нарушается баланс ММП-9/ТИМП-1. По мере увеличения ССС А повышается ММП-9 и ТИМП-1. У пациентов каротидным атеросклерозом со ССС А выше 50% ММП-9 и ТИМП-1 были более высокими. Это означает, что с увеличением стеноза артерий воспалительно-деструктивное изменение в атеросклеротических бляшках становится более выраженным.

292 НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ)

Федорова Т.В., Омельченко Н.В., Гунченко Н.Д.

БУ ХМАО-Югры "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Изучить частоту и структуру нарушений ритма сердца (НРС) и проводимости у детей с исходными электрокардиографическими изменениями, выявленными при холтеровском мониторировании ЭКГ (ХМ-ЭКГ).

Материал и методы. В группу обследованных вошли 35 детей в возрасте от 0 до 17 лет, в среднем 12,2±4,6 лет. Все дети наблюдались у кардиолога по поводу нарушений ритма сердца (НРС) и проходили плановое обследование в Окружном кардиодиспансере. ХМ-ЭКГ проводилось в амбулаторных условиях в обычной для детей обстановке и с привычной для них физической нагрузкой. Запись ЭКГ проводилась в трех отведениях на аппаратном комплексе "CardioDay" (Германия), с последующей ручной и автоматической расшифровкой. Данные представлены в виде абсолютных и относительных цифр.

Результаты. НРС были обнаружены у всех обследованных. Структура выявленных НРС распределилась следующим образом. Наиболее часто выявлялись признаки дисфункции синусового узла в виде миграции суправентрикулярного водителя ритма (МВР) — 68,5% случаев. Эктопические аритмии по типу наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭ) регистрировались у 35% детей, желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) у 28,4% обследуемых. Синдромы предвозбуждения желудочков обнаружены нами в 8,5% случаев. Важно отметить, что у детей с ЭКГ признаками феномена WPW во время мониторирования не были зарегистрированы пароксизмальные тахикардии. Нарушения проводимости: блокады сердца имелись у 14,2% обследованных детей. Из них АВ блокада 1 степени составила 2,8% случаев, АВ блокада 2 степени — 11,4%. Паузы в работе сердца продолжительностью 1500–2100 мс. регистрировались во время ночного сна у 14,2% пациентов, выскальзывающие узловые комплексы у 2,9%. Сочетанные НРС выявлены нами в 60% случаев. Чаще всего отмечалась комбинация МВР+экстрасистолия — у 14% детей, МВР+АВ блокады — 2.8% случаев, феномен МВР+феномен WPW — у 2,8% пациентов.

Заключение. По данным суточного мониторирования ЭКГ у детей выявлены нарушения ритма сердца и проводимости, которые должны быть предметом тщательного врачебного наблюдения. Потому суточное мониторирование ЭКГ, как важный источник получения информации должно широко применяться в педиатрической практике.

293 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ФОКУС НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

Филиппов Е.В.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов риска, вносящим существенный вклад в сердечно-сосудистую смертность. Так, по данным Оганова Р.Г. с соавт. (2009) 35,5% преждевременных смертей в России связано именно с АГ.

Цель. Изучить распространенность АГ и эффективность ее лечения в Рязанском регионе.

Материал и методы. В исследование включались лица 25–64 лет на момент обследования, подписавшие информированное согласие. Им проводилось анкетирование по стандартизированному опроснику, ЭКГ, измерение эндотелиальной функции, измерение АД, ЧСС, объема талии, роста, веса, забор биообразцов для определения биохимического профиля риска, комплексная оценка риска с помощью адаптированной шкалы SCORE для Российской Федерации.

В исследование МЕРИДИАН-РО было включено 1622 человека (1220 городского и 402 — сельского населения), из которых 42,6% [750] были мужчины, 53,8% [872] — женщины.

Результаты. Распространенность артериальной гипертензии составила 45,9% [744], среди городского населения — 49,3% [198], среди сельского — 44,8% [546]. Средний возраст обследованной популяции в городе составил 47,5 (46,3–48,5) лет, в сельской местности — 47,9 (46,5–49,3). Различий по половому составу групп среди сельского и городского населения выявлено не было. Среднее САД/ДАД было выше в городе, чем на селе (141,8/90,4 против 135,4/83,6 мм рт ст, $p<0,001$). На риск развития АГ, по нашим данным, влияли: курение (относительный риск (ОР) 1,23 при 95% доверительном интервале (ДИ) 1,11–1,37), ожирение (1,93; 1,73–2,14), эндотелиальная дисфункция (1,42; 1,15–1,75), сахарный диабет (1,34; 1,16–1,54). Такие фак-

торы, как избыточное потребление алкоголя, потребление соли и пассивное курение не ассоциировались с развитием АГ. 81,7% [608] пациентов с АГ принимали лекарственные препараты. Из них, было 55,8% [339] женщин и 44,2% [269] мужчин. Пациенты, жившие в городе принимали лекарственные препараты в 82,2% [448] случаев, в сельской местности — 80,8% [160]. Эффективно лечились 41,0% [305] пациентов. Одинаково эффективно контролировали свое АД мужчины и женщины (по 50,1% от общего числа мужчин/женщин). В городе процент лиц, достигающих целевых значений был выше и составил 54,0% против 39,4% в сельской местности (p=0,002). У пациентов с низким риском процент контроля АД достигал 65,3%, с очень высоким риском — 41,9%. Среди пациентов, принимающих антигипертензивные препараты (АГП), доля фиксированных комбинаций составила 10,5% [64], комбинированной терапии — 30,6% [186] и монотерапии — 58,9% [358].

Заключение. Распространенность АГ в Рязанском регионе несколько больше, чем в России, однако, характеризуется более высоким процентом достижения целевого АД (41,0%). Однако, несмотря на это 1/3 пациентов имеют высокий и очень высокий 10-летний фатальный риск. В терапии отмечается недостаточный процент использования фиксированных комбинаций.

294 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КОНЦЕНТРАЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА У ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ

Фомина Н. В., Ронжина О. А.
ГБОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия", ГБУЗ КО "Кемеровский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины", Кемерово, Россия

Цель. Оценить взаимосвязь уровня артериального давления и концентрации альдостерона у спортсменов, занимающихся тяжелой атлетикой.

Материал и методы. В исследование было включено 80 спортсменов-тяжелоатлетов мужского пола высокого спортивного уровня, со спортивным стажем тренировок не менее двух лет, продолжительностью занятий тяжелой атлетикой 5,0 (3,0–8,0) лет. По данным СМАД у 42 спортсменов была диагностирована артериальная гипертензия (АГ). Средний возраст спортсменов составил 21,5 (18,5–25,0) лет. В группу сравнения 61 здоровый мужчина сопоставимого возраста, не занимающийся спортом. Всем обследуемым была выполнена эхокардиография (ЭХОКГ), оценен уровень альдостерона плазмы иммуноферментным методом. Средние значения представлены в виде медианы, 25 и 75 процентилей.

Результаты. У 36 (45%) спортсменов выявлено превышение нормальных значений уровня альдостерона, в группе сравнения данный гормон находился в пределах нормальных значений. Концентрация альдостерона у тяжелоатлетов составила 306,4 (169,8; 425,0) пг/мл, среди лиц, не занимающихся спортом — 176,0 (100,0–209,0) мг/мл, различия достоверны, p=0,01. В группе тяжелоатлетов с артериальной гипертензией (n=42) альдостерон составил 254,3 (136,4–400,0) пг/мл, в группе без АГ (n=38) — 363,9 (200,0; 429,2) пг/мл, различия не достоверны (p=0,06). У 22 (57%) атлетов без АГ был выявлен повышенный уровень альдостерона, против 14 (33%) среди гипертоников, p=0,03. Как во всей группе спортсменов, так и в подгруппах с наличием АГ и без АГ, не было получено корреляционных связей между уровнем альдостерона и возрастом атлетов, а также спортивным стажем. Взаимосвязь уровня альдостерона с показателями СМАД и ЭХОКГ выявлялась только у атлетов с АГ. Средней силы положительная корреляция обнаружена между альдостероном и среднесуточным значением систолического артериального давления (r=0,47, p=0,03). Уровень альдостерона показал взаимосвязь с толщиной межжелудочковой перегородки (r=0,57, p=0,0001). С другими показателями ЭХОКГ не в общей группе атлетов, не в подгруппах корреляции с уровнем альдостерона не получено.

Заключение. Тяжелоатлеты с АГ и без АГ не отличаются по уровню альдостерона. В группе атлетов с АГ установлена положительная корреляционная связь между концентрацией альдостерона и уровнем систолического АД, толщиной межжелудочковой перегородки. Можно предположить, что альдостерон, являясь компонентом РААС, участвует в развитии АГ и формировании гипертрофии миокарда левого желудочка.

295 ТРОПОНИН I ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КОРОНАРНОГО АНАМНЕЗА КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ

Фролов А. А., Шарабрин Е. Г., Фомин И. В., Починка И. Г.
ГБУЗНО "Городская клиническая больница № 13", ГБОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель. Оценить взаимосвязь между максимальным уровнем тропонина I при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и выраженностью хронической сердечной недостаточности (ХСН) через 12 месяцев.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное проспективное исследование. Включено 45 пациентов. Критериями включения являлись: 1) ИМпST, 2) отсутствие предшествующего коронарного анамнеза, 3) сроки госпитализации не позднее 72 часов от начала симптомов. Тактика реперфузии была различна: первичное чрескожное коронарное вмешательство получили 7 больных (15%), фармакоинвазивное лечение — 12 (27%), только тромболитическую терапию — 9 (20%), не получали реперфузионную терапию 17 пациентов (38%). В во время госпитализации выявляли максимальное зарегистрированное значение сердечного тропонина I. Через 12 месяцев после индексной госпитализации пациентам проводили тест 6-минутной ходьбы (Т 6МХ), на основании результатов которого определяли функциональный класс (ФК) ХСН по классификации NYH, также выполняли эхокардиографию.

Результаты. В течение 12 месяцев наблюдения в исследуемой когорте вследствие кардиологических причин скончались 8 (17,8%) пациентов. Максимальный уровень тропонина I в индексную госпитализацию у выживших пациентов достоверно не отличался от уровня тропонина у умерших больных. У выживших тропонин составил 26,9 [16,0; 38,8] нг/мл против 31,7 [17,8; 45,4] нг/мл у умерших, p=0,5. Через 12 месяцев 17% пациентов продемонстрировали толерантность к физической нагрузке на уровне ФК I, 44% — II, 33% — III, 6% — IV. Выявлена сильная обратная связь между максимальным уровнем тропонина I в индексную госпитализацию и сократительной способностью миокарда через 12 месяцев: коэффициент корреляции между значением тропонина и фракцией изгнания левого желудочка составил r =–0,8, p<0,001. Обнаружена связь между уровнем тропонина во время инфаркта миокарда и толерантностью к физической нагрузке через 12 месяцев: коэффициент корреляции между значением тропонина и ФК ХСН составил r=0,4, p=0,014.

Заключение. Максимальный уровень сердечного тропонина I при инфаркте миокарда является предиктором развития хронической сердечной недостаточности в течение последующих 12 месяцев. Исследование тропонина может использоваться не только как критерий диагностики инфаркта, но и для количественной оценки объема необратимо поврежденного миокарда.

296 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРВЕДИЛОЛА И АТЕНОЛОЛА НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ И УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Халмухамедова С. М., Жумамуратова Н. С.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Нестабильная стенокардия, характеризующаяся высоким риском развития инфаркта миокарда, представляет собой серь-

езную проблему современной кардиологии. Основным механизмом, приводящим к развитию нестабильной стенокардии (НС), является повреждение коронарной бляшки и её разрыв с последующей агрегацией тромбоцитов и тромбозом. В последние годы синтезированы новые БАБ, наряду с конкурентным и специфическим антагонизмом, наделенные дополнительными свойствами. В частности, уникальная комбинация β_1-, β_2- и α_1-адреноблокады в сочетании с антиоксидантными свойствами отличает карведилол от других БАБ.

Цель. Изучить сравнительное влияние бета-блокаторов атенолола и карведилола на динамику показателей агрегационной активности тромбоцитов и уровня С-реактивного белка (С-РБ) в комплексе терапии больных нестабильной стенокардией.

Материал и методы. Обследованы 85 больных НС в возрасте от 45 до 67 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии ТМА. Все больные были рандомизированы в 2 группы: 1-я группа (41 человек) — больные, получавшие на фоне комплексной терапии (аспирин, гепарин, нитраты) бета-блокатор атенолол в дозе 25–100 мг/сут; 2-я группа (44 человека) — бета-блокатор карведилол в дозе 12,5–50 мг/сут в течение 2-х недель. До и после лечения проводили регистрацию ЭКГ, определяли агрегационную активность тромбоцитов (ААТ) по методу Born G.V.R. на 2-х канальном оптическом агрегометре "Chronolong-140" (США), уровень С-реактивного белка определяли иммуноферментным методом.

Результаты. Исходные значения показателей ААТ и С-РБ у больных 1-й и 2-й групп существенно не различались. В процессе терапии у пациентов 1-й и 2-й групп отмечалось снижение скорости агрегации на 24,8±1,5% и 28,9±1,7%; амплитуды агрегации на 31,6±1,4% и 36,8±1,1%, а также нарастание ААТ по снижению потребления АДФ на 35,5±1,2% и 40,3±2,1%, соответственно ($p<0,05$). На 14-е сутки уровень С-РБ на фоне терапии карведилолом уменьшился на 28,3±9,6% ($p<0,05$), в то время как терапия атенололом не привела к существенным его изменениям.

Заключение. Включение карведилола в комплекс терапии больных НС в сравнении с атенололом оказывает более выраженное положительное влияние на агрегационную активность тромбоцитов и уровень С-реактивного белка, воздействуя таким образом на функциональную активность эндотелия.

297 ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ КАК КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Хамедова М. Ш., Серебрякова В. Н., Кавешников В. С., Трубачева И. А.

ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Изучить показатели углеводного и липидного обменов как компонентов метаболического синдрома (МС) среди педагогов средних общеобразовательных школ (СОШ) г. Томска.

Материал и методы. Настоящее исследование является частью многоцентрового профилактического исследования "РОСПРОФИЛАКТИКА" (координатор ФГБУ "ГНИЦ ПМ" МЗ РФ, Москва). На рабочем месте проведен кардиологический скрининг педагогов 9 СОШ г. Томска. В исследование включены женщины в возрасте 35–64 года. Забор крови производился в утренние часы, натощак, после 12–часового голодания, из локтевой вены методом венопункции в специальную вакуумную систему "BD Vacutainer®" с активатором свёртывания. Содержание глюкозы в сыворотке крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста (GOD — PAP) (Biocon ®Diagnostik, Германия), основанного на реакции Триндера. Исследование общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) проводили с использованием биохимического полуавтоматического анализатора Clima MC — 15 (Испания), с применением реактивов фирмы "Diasys" (Германия) в условиях постоянного внешнего и внутреннего контроля качества с использованием реактивов аналогичной фирмы. Расчет холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) проводили по стандартной формуле W.T. Friedwald (1982): ХС ЛПНП (моль/л) = ОХС — (ТГ/2,2 + ХС ЛПВП). В соответствии с критериями МС гипергликемия натощак регистрировалась при значениях глюкозы в плазме [3]5,6 ммоль/л (NCEP ATP III 2005, IDF 2005) и [3]6,1 ммоль/л (ВНОК 2009). Гипертриглицеридемия оценивалась при уровни ТГ [3]1,7 ммоль/л. Повышенный уровень ХС ЛПНП считался, при уровне > 3,0 ммоль/л (ВНОК 2009). Снижение уровня ХС ЛПВП, согласно критериям NCEP ATP III 2005 и IDF 2005 оценивалось как <1,29 ммоль/л и <1,2 ммоль/л по критериям ВНОК 2009. Статистический анализ данных проводили с использованием пакета программы "SPSS 12.0"; SPSS inc., 1989–2003.

Результаты. Обследовано 483 педагога СОШ (отклик 84%), средний возраст 49,3±7,8 лет. Средний (Ср.) уровень ОХС в исследуемой популяции 5,7±1,2 ммоль/л; стандартизованный по возрасту показатель (СП) — 5,9 ммоль/л. Ср. значение уровня глюкозы натощак составило 5,2±1,3 ммоль/л (СП 5,3 ммоль/л). Согласно критериям диагностики МС, предложенным NCEP ATP III 2005 и IDF 2005, гипергликемия натощак зарегистрирована у 182 педагога (37,7%; СП 38,1%), в соответствии с критериями ВНОК у 116 человек (24%; СП 24,1%). Гипертриглицеридемия была зарегистрирована у 125 (25,9%; СП 24,9%) человек, повышенный уровень ХС ЛПНП у 404 (83,6%; СП 82,8%) респондентов. Снижение уровня ХС ЛПВП, согласно критериям NCEP ATP III 2005 и IDF 2005 отмечено у 140 (29,0%; СП 29,1%) и по критериям ВНОК 2009 у 100 (20,7%; СП 20,1%).

Заключение. В зависимости от критериев диагностики МС нарушения углеводного и липидного обменов в 1,5 раза чаще встречались согласно критериям NCEP ATP III 2005 и IDF 2005, чем по критериям ВНОК 2009.

298 СЫВОРОТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ IL-6 И IL-33 У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Хачирова А. И., Чукаева И. И., Смирнова А. А., Хорева М. В.

Кафедра поликлинической терапии № 2 Лечебного факультета, Кафедра иммунологии МБФ ГБОУ ВПО "РНИМУ им. Н. И. Пирогова" Минсоцздрава РФ, Москва, Россия

Известна и доказана воспалительная теория развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Наиболее изученным и доказанным предиктором неблагоприятного течения ССЗ среди медиаторов воспалительного процесса является IL-6. Его роль в атерогенезе и развитии ССЗ была доказана во многих исследовательских работах. В последнее время внимание исследователей привлекает не так давно открытый цитокин — интерлейкин-33 (IL-33), принадлежащий к семейству провоспалительного интерлейкина-1 (IL-1) и обладающий иммунорегуляторными свойствами. Этот цитокин играет значительную роль в разнообразных как физиологических, так и патофизиологических процессах, включая модуляцию процессов воспаления. В исследовании in vivo на мышах было показано благоприятное действие IL-33 на снижение количества макрофагов и Т-клеток в атеросклеротической бляшке, а также заметное повышение количества IgM антител, обладающих защитным эффектом при развитии атеросклероза. Несмотря на многообразие эффектов IL-33, наибольшее внимание уделяют его роли при аутоиммунных заболеваниях, а при сердечно-сосудистых болезнях он изучен еще не достаточно.

Цель. Определение концентрации IL-6 и IL-33 в сыворотке крови у женщин с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Материал и методы. В ходе проведенного исследования было обследовано 35 женщин в возрасте от 50 до 68 лет [средний возраст 59,43 (56–62) лет], находящихся более трех лет в постменопаузе, страдающих артериальной гипертонией (АГ),

без ишемической болезни сердца, с суммарным сердечно-сосудистым риском по шкале SCORE 5% и выше. Данные представлены в виде Медиана (25–75 процентиль). Все пациентам помимо стандартного биохимического исследования крови, методом иммуноферментного анализа проводилось исследование сывороточной концентрации IL-6 и IL-33. Также нами была набрана группа практически здоровых женщин, без ССЗ, с риском по шкале SCORE<5%, сопоставимых по возрасту, полу и длительности посменопаузы с исследуемой группой. Показатели воспалительных маркеров у этой группы больных были приняты нами в качестве базового, начального уровня и использовались для сравнения с группой высокого сердечно-сосудистого риска. Полученные данные обрабатывались при помощи программы STATISTICA 8.

Результаты. Содержание IL-6 и IL-33 в сыворотке крови у женщин с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском по шкале SCORE составляла, соответственно, 2,12 (1,28–3,12) пг/мл и 3,11 (1,85–6,23) пг/мл, а в группе женщин с низким суммарным сердечно-сосудистым риском 1,89 (1,35–3,09) пг/мл и 1,84 (0–2,58) пг/мл, p>0,05. Несмотря на недостоверные отличия в содержании цитокинов в крови в исследуемой группе по сравнению с группой практически здоровых людей, наблюдается повышение содержания не только IL-6, но и IL-33 в сыворотке крови у женщин с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Заключение. Нами не выявлены достоверные отличия в содержании цитокинов крови у пациентов высокого и низкого суммарного сердечно-сосудистого риска. Но, учитывая тенденцию к повышению IL-6 и IL-33 в группе женщин в постменопаузе с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском, целесообразно продолжить исследования в этом направлении.

299 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ И НЕОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Хашиева Ф. М. [1], *Демкина А. Е.* [1], *Крылова Н. С.* [1], *Ковалевская Е. А.* [2], *Потешкина Н. Г.* [1]

[1]ГБОУ ВПО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова" Министерства здравоохранения России, Москва; [2]ГБУЗ "Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы", Москва, Россия

Малое число исследований посвящено изучению суточного профиля АД у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП). Актуальным представляется исследование особенностей АД в зависимости от наличия обструкции выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ) при ГКМП.

Цель. Сравнить показатели суточного профиля АД у больных с обструктивной и необструктивной формой ГКМП.

Материал и методы. Обследовано 12 пациентов ГКМП в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 2–3 степени после отмены сердечно-сосудистых препаратов. I группу составили 5 человек (2 мужчин) с необструктивной формой ГКМП, средний возраст — 57,9±16,9 лет; II группу — 7 человек (4 мужчин) с обструктивной ГКМП, средний возраст — 56,6±6,5 лет. Диагноз ГКМП устанавливался согласно рекомендациям американской кардиологической ассоциации ACCF/AHA (2011г). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой ригидности артерий и показателей центрального АД в аорте (прибор МнСДП-2 BPLab с технологией Vasotens).

Результаты. Не было выявлено достоверных различий между больными I и II группы по уровню максимального систолического АД (САД) (165,6±11,2 против 171,6±15,7 мм рт.ст.; p=0,53), максимального диастолического АД (102,0±10,9 против 106,9±20,4 мм рт.ст.; p=0,99), минимального САД (99,0±8,6 против 104,0±12,2; p=0,52), минимального ДАД (45,4±10,0 против 57,4±10,6; p=0,15), среднего САД в дневное время (128,4±16,7 против 134,3±13,9; p=0,43),), среднего ДАД в дневное время (73,2±8,0 против 81,3±10,0; p=0,27), индекса времени САД и ДАД днем (p=0,43 и p=0,27, соответственно). Существенные различия были выявлены по показателям СМАД в ночное время: среднее САД ночью (111,2±6,3 против 134,6±18,9 мм рт.ст.; p=0,005), индекс времени САД ночью (6,8±9,5 против 54,4±40,5; p=0,03) и вариабельность САД ночью (9,2±2,0 против 14,7±7,0; p=0,04) у больных II группы оказались выше. По степени ночного снижения АД статистически значимых отличий между группами не выявлено, однако суточный профиль АД у больных I группы был более благоприятным с большим количеством "дипперов" (40,0% против 13,3%; p=0,53), меньшим — "нон-дипперов" (20,0% против 42,9%; p=0,4) и отсутствием "найт-пикеров" (0% против 28,6%, p=0,27). Амбулаторный индекс ригидности сосудов (AASI) у больных II группы превышал аналогичный показатель I группы (0,3±0,3 против 0,57±0,15; p=0,03). Выявлена корреляционная связь между наличием обструкции выносящего тракта ЛЖ и средним САД ночью (r=0,79; p=0,002), индексом времени САД ночью (r=0,66; p=0,02), вариабельностью САД ночью (r=0,62; p=0,03), а также AASI (r=0,66; p=0,02).

Заключение. Наличие обструкции выносящего тракта ЛЖ ассоциировано с более высокими показателями систолического АД в ночное время и повышенным уровнем жесткости сосудов.

300 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хохлов А. Л., Рыбачкова Ю. В.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель. Разработать подходы к повышению эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом встречаемости полиморфизмов генов, ответственных за развитие данной патологии.

Материал и методы. Основу работы составили клинические наблюдения и специально проведенные исследования у 335 больных с артериальной гипертензией (АГ). Среди обследованных мужчин было 139 (41,5%), женщин — 196 (58,5%). Средний возраст составил 63,9±11,4 лет. Работа выполнена в дизайне ретроспективного аналитического (амбулаторный этап за 1 год и за 5 лет) и проспективного аналитического (госпитальный этап) исследования. Все больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 234 больных с ХСН, 2 группу — 101 больной без ХСН.

Результаты. Недостатками в терапии на амбулаторном этапе за 1 год являются: отсутствие назначения бета-адреноблокаторов в 29,1%, антагонистов альдостерона в 74,7%, петлевых и тиазидных диуретиков в 63,3 и 26,6%, ИАПФ/АРА в 5,1% и систематического применения средств в 6,4%; применение ИАПФ и АРА в низких недостаточных дозах. Несоответствие стандартам фармакотерапии (до 70% от должного) в 4,5 раза чаще наблюдается у пациентов с низким уровнем комплаенса и ассоциируется с необходимостью госпитализации в 29,1% случаев и более низким качеством жизни (в 1,4 раза). Несмотря на соблюдение стандартов в 64,9% случаев отмечается недостаточная эффективность фармакотерапии с госпитализацией в 27,9% случаев и снижением качества жизни (в 1,4 раза). В группе пациентов с АГ при отсутствии ХСН возникновение ИБС: стенокардии, инфаркта миокарда ассоциируется с повышением частоты встречаемости полиморфизма гена AGT: 521. У больных с ХСН прогрессирование заболевания сопряжено с повышением частоты встречаемости полиморфизмов генов AGTR2: 1675, CYP11B2: –344, NOS3: –786, AGT: 704, GNB3: 825 и их гетерозигот. Степень успешности фармакотерапии на амбулаторном этапе ассоциируется с повышением на 32,2% частоты полиморфизма гена AGTR2: 1675 в виде сочетания мутации-гомозиготы и гетеро-

зиготы, на 26,9% — полиморфизма GNB3: 825 со стороны гетерозиготы. У пациентов с ХСН и ИБС: стенокардией чаще наблюдается полиморфизм гена AGTR2: 1675, а при наличии инфаркта — с GNB3: 825. Показатели внутрисердечной гемодинамики у больных с ХСН в виде сниженной ФВ ЛЖ, увеличения КДР и КСР сердца, ТЗС ЛЖ и ТМЖП ассоциированы с полиморфизмами генов AGT: 704, NOS3: –786, GNB3: 825, ADD1: 1378 и AGT: 521. При увеличении размеров ЛП отмечалась тенденция к увеличению частоты полиморфизма гена AGT: 521 на 16%. ГЛЖ сопряжена с повышенной частотой встречаемости полиморфизмов генов AGT: 704 и CYP11B2: –344 в виде гетерозигот.

Заключение. Проведенные исследования свидетельствуют о перспективности разработки данного направления при лечении ХСН.

301 АЛЬБУМИНУРИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ КАК ПРЕДИКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Храмцова Н. А.[1,2], Баканач Е. В.[3]

[1]ОГАУЗ “Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр”, [2]ГБОУ “ИГМАПО”, [3]НУЗ “ДКБ на ст. Иркутск пассажирский ОАО “РЖД”, Иркутск, Россия

В клинической практике альбуминурия, как известно, считается не только ранним маркером поражения почек и проявлением дисфункции эндотелия клубочков, но и предиктором кардиоваскулярных осложнений.

Цель. Изучение частоты и клинических ассоциаций альбуминурии у пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Обследовано 257 пациентов, страдающих РА (средний возраст 56,4±3,8 лет), из репрезентативной выборки г. Иркутска. Диагноз ревматоидного артрита верифицирован по критериям ARA 1987 г., продолжительность заболевания составила 13,7±2,1 лет. Содержание альбумина оценивалось в утренней порции мочи (нефелометрический метод, “Array- 360” (“Beckman/Coulter”, США) и соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи. Суточное мониторирование АД (СМАД) и ЭКГ проводилось с использованием бифункциональных мониторов Cardio Tens — 01 и Meditech card (x) plore (Венгрия).

Результаты. Частота альбуминурии у больных РА составила 15,2%. С установленной микроальбуминурией оказались больные в возрасте старше 60 лет (ср.возраст 61,8±3,4 лет), продолжительностью РА свыше 15 лет (16,4±2,5 лет) и высокой активность заболевания по DAS 28 (5,9±0,9). У 70% женщин и 86% мужчин с альбуминурией установлена артериальная гипертензия, причем более чем у 45% это вариант изолированной систолической АГ с высокими показателями пульсового давления. Отмечена положительная корреляционная зависимость уровня альбуминурии с пульсовым АД по СМАД ($r=0,32$; $p<0,05$). У пациентов РА без альбуминурии артериальная гипертензия (по данным СМАД) установлена лишь в 22% случаев. Почти у половины больных с микроальбуминурией по результатам СМАД установлены патологические величины суточного индекса АД, с преобладающим типом нон-диппер, который характеризуется недостаточным снижением АД в ночные часы. Так, число нон-дипперов достоверно преобладало в группе с альбуминурией 52,8% против 24,1% ($p<0,01$).

Микроальбуминурия у больных, страдающих ревматоидным артритом, ассоциировалась с повышенным индексом коморбидности (7,5±1,5), нарушением углеводного обмена, избыточной массой тела и абдоминальным ожирением, а также в высоком проценте случаев атерогенными дислипидемиями.

Заключение. Таким образом, альбуминурия у больных ревматоидным артритом является маркером высокого кардиоваскулярного риска, что необходимо учитывать в общеклинической практике.

302 СТЕНТИРОВАНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Хрипун А. В., Малеванный М. В., Куликовских Я. В.

Областной сосудистый центр ГБУ РО “РОКБ”, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения рентгенэндоваскулярных вмешательств при остром коронарном синдроме (ОКС), обусловленном поражением ствола левой коронарной артерии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ госпитальных результатов лечения 76 пациентов с острым коронарным синдромом, которым было выполнено стентирование ствола левой коронарной артерии в Областном сосудистом центре ГБУ РО “РОКБ” за период 2009–2013 гг. У 22 (28.9%) больных была диагностирована нестабильная стенокардия, 8 (10.6%) — поставлен диагноз ИМ без подъема сегмента ST и у 46 (60.5%) — ИМ с подъемом сегмента ST. Средний возраст пациентов составил 56.2±9.6 лет, больные мужского пола составляли 67,1% (51 чел.).

Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе была проведена 7 (9.2%) пациентам. При госпитализации степень острой сердечно-сосудистой недостаточности Killip III наблюдалась у 29 (38.2%) пациентов, Killip IV — у 10 (13.2%). Сердечно-легочная реанимация проводилась 6 (7.9%) больным.

По данным коронарографии поражение ствола левой коронарной артерии в устье выявлено у 16 (21,1%) пациентов, поражение “тела” ствола — у 11 (14,5%), поражение бифуркации/трифуркации ствола — у 49 (64,5%). Тромботическая окклюзия ствола выявлена у 12 (15.8%) пациентов. Изолированное поражение ствола имелось у 11 (14.5%) больных. В 57.9% случаев пациенты имели правый тип кровоснабжения сердца. Внутриаортальная баллонная контрпульсация применялась у всех пациентов, ингибиторы IIB/IIIA гликопротеиновых рецепторов — в 71.1% случаев.

Результаты. После проведения эндоваскулярного лечения 22 пациентов с нестабильной стенокардией 16 (72,7%) относились к 0—I ФК стенокардии, у 4 (27,3%) пациентов диагностирован II ФК стенокардии. У пациентов с острым инфарктом миокарда после эндоваскулярной реваскуляризации отмечается стабилизация гемодинамики, положительная динамика на ЭКГ, уменьшение зон гипо- и акинеза, увеличение ФВ при эхокардиографии, улучшение перфузии миокарда по данным ОФЭКТ. Летальность составила 3,9%.

Заключение. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при ОКС, обусловленном поражением ствола левой коронарной артерии, являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда. У пациентов с развившимся ИМ при поражении ствола левой коронарной артерии эти вмешательства являются методом выбора. Сочетание эндоваскулярной реваскуляризации миокарда и ВАБК позволяет улучшить результаты лечения осложненных форм ОКС.

303 ФАРМАКО-ИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Хрипун А. В., Малеванный М. В., Куликовских Я. В.

Областной сосудистый центр ГБУ РО “РОКБ”, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Первичное ЧКВ является основной стратегией реперфузии при остром инфаркте миокарда с подъемом ST на ЭКГ. Однако на практике многие пациенты с ОИМ и подъемом сегмента ST поступают в стационары без возможности чрезкожных коронарных вмешательств и зачастую им не может быть своевременно выполнено первичное ЧКВ, вследствие чего пациентам проводится тромболитическая терапия. Согласно текущим рекомендациям все пациенты с ОИМ и подъемом ST после тромболитической терапии должны быть переведены в стационар с возможностью ЧКВ с целью выполнения коронарографии и возможной реваскуляризации мио-

карда в течение 24 часов после тромболизиса. Место такой фармако-инвазивной стратегии в системе оказания помощи пациентам с ОИМ четко не определена. Целью исследования стала оценка эффективности лечения пациентов с ОИМ и подъемом ST с применением указанных двух стратегий реперфузии в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 427 пациентов с ОИМ и подъемом сегмента ST на ЭКГ, которым было проведено ЧКВ, за период 1 января 2011 по 31 декабря 2011 гг. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от стратегии реперфузии: первая группа — 294 пациента, которым была проведена первичная ЧКВ, вторая — 133 пациента, которым было проведено ЧКВ после тромболитической терапии (включая спасительную ЧКВ), выполненной в другом стационаре. Все пациенты получали гепарин, нагрузочные дозы аспирина и клопидогреля. В группе первичной ЧКВ медиана времени "симптом-баллон" составила 160 минут с межквартильным диапазоном 110–230 минут. 77.9% пациентов были напрямую доставлены в наш стационар, остальные были переведены из другой клиники. В группе фармако-инвазивной стратегии медиана времени "симптом-игла" составил 95 минут с межквартильным диапазоном 70–140 минут, медиана времени "игла-баллон" — 11.5 ч с межквартильным диапазоном 8.5–17.0 ч. Результаты оценивались по таким конечным точкам, как госпитальная летальность, а также частота больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий, определяемых как сочетание смерти, ИМ, инсульта и повторной реваскуляризации за период наблюдения в среднем 14.7±5.2 месяцев.

Результаты. Госпитальная летальность составила 4.4% в группе первичной ЧКВ и 5.2% в группе фармако-инвазивной стратегии, p=0.638. между группа отсутствовала статистически значимая разница по частоте больших кровотечений. Через 14.7±5.2 месяцев после вмешательства между группами отсутствовала статистически значимая разница по частоте больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий (10.9% в первой группе и 13.5% во второй группе, p=0.782)

Заключение. В реальной клинической практике, когда своевременное проведение первичной ЧКВ невозможно вследствие долгой транспортировки пациента в стационар с возможностью ЧКВ, стратегия фармако-инвазивной реперфузии, комбинирующая тромболизис и обязательное ЧКВ, характеризуется сопоставимыми результатами с первичной ЧКВ в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

304 ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Христиченко М. А., Ватутин Н. Т., Кетинг Е. В., Картамышева Е. В.

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

Цель. Оценить влияние буспирона гидрохлорида на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Материал и методы. В исследование включены 102 пациента (65 мужчин и 37 женщины, средний возраст 67,4±9,5 года) с ХСН II–IV функциональных классов (ФК) по NYHA, которым в связи с выявленными ТДР был назначен буспирона гидрохлорид в дозе 10 мг 3 раза в день. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II–III ФК, 67 из них (65,7%) перенесли инфаркт миокарда. Обследованные получали стандартную терапию ХСН и ишемической болезни сердца. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие другие психотропные препараты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Исходно и через 3 месяца приема буспирона гидрохлорида оценивалась ВСР по данным суточного мониторирования электрокардиограммы с помощью комплекса "Кардиотехника 4000" ("ИНКАРТ", Россия). Анализ ВСР осуществлялся по общепринятым международным стандартам, во временной и частотных областях.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0. Данные представлялись в виде среднее ± стандартное отклонение. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Через 3 месяца лечения буспирона гидрохлоридом по сравнению с исходными значениями отмечено достоверное увеличение RR (975,16±82,74 против 883,25±63,34, p<0,05), показателей временной части спектра, в частности SDNN (31,56±7,48 против 22,40±11,32, p<0,05), а также спектральной области — HF (34,16±9,55 против 16,74±6,12, p<0,05). Регистрировалось уменьшение соотношения LF/HF (2,14±0,98 против 3,85±1,72, p<0,05). Указанные изменения отражают снижение симпатического тонуса и повышение вагусных влияний.

Заключение. Прием буспирона гидрохлорида позволяет улучшить показатели ВСР у пациентов с ТДР и ХСН ишемической этиологии.

305 ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Хупсергенова М. С., Блинова В. В.

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

Цель. Провести анализ выполнения врачебных рекомендаций по соблюдению немедикаментозной терапии атеросклероза больными стабильными формами ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Методом добровольного анкетирования и анализа карт стационарного больного для выяснения соблюдения врачебных рекомендаций по немедикаментозному лечению атеросклероза (гипохолестериновая диета, коррекция веса, прекращение курения и приема алкоголя) были изучены данные клинического обследования 54 пациентов со стабильными формами ИБС. Возраст обследованных пациентов от 50 до 70 лет (средний возраст 67,06±1,15 лет).

Результаты. При анализе выполнения врачебных рекомендаций по соблюдению немедикаментозной терапии атеросклероза получены следующие данные, 63% пациентов со стабильными формами ИБС старались придерживаться гипохолестериновой диеты (употребляли в пищу постную говядину, цыпленка без кожи, обезжиренные молочные продукты, свежие фрукты и овощи, избегали приема сливочного масла и майонеза). В семьях 37% респондентов было принято готовить жирную и жареную пищу. 90% опрошенных утверждали, что чаще одного раза в неделю в их рационе присутствует морская рыба. Все больные стабильными формами ИБС недостаточное внимание уделяли коррекции веса. Среди опрошенных пациентов со стабильными формами ИБС курящими оказались 24,1%, из них более половины выкуривают до 20 сигарет в сутки. Среди некурящих респондентов на момент тестирования 22,22% бросили курить, когда узнали, что страдают ИБС. Принимают алкогольсодержащие напитки 55,55% опрошенных, из них реже одного раза в 2–3 месяца 18,5%, один раз в месяц — 11,1%, один-два раза в месяц — 14,8%, один раз в неделю — 3,7%, чаще одного раза в неделю — 7,4% больных.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало, что далеко не все пациенты со стабильными формами ИБС выполняли врачебные рекомендации по соблюдению немедикаментозной терапии атеросклероза. Учитывая, важность немедикаментозной терапии атеросклероза медицинскому персоналу, как стационара, так и амбулаторных учреждений следует большее внимание уделять информированности

пациентов о заболевании и его осложнениях, тем самым способствуя повышению приверженности.

306 ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ И СРОКОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ

Хушвактова З. О.[1], Кухарчик Г. А.[1], Гайковая Л. Б.[1], Вавилова Т. В.[1,2]

[1]СЗГМУ им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург; [2]ФМИЦ им.В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

При остром инфаркте миокарда (ИМ) одномоментно с развитием атеротромбоза происходит повреждение эндотелиальной выстилки сосудов, которая может усугубляться за счет проведения чрескожного вмешательства (ЧКВ) на коронарных артериях.

Цель. Изучить в динамике содержание маркеров, ассоциированных с эндотелиальной дисфункцией (циркулирующих эндотелиоцитов (ЦЭК), фактора Виллебранда (фВ), С-реактивного белка высокочувствительным методом (вчСРБ)) у пациентов с ИМ, в зависимости от методов и сроков реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. В исследование было включено 106 пациентов с ИМ (58,93±9,8 лет). В зависимости от метода и сроков реваскуляризации пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа — 16 пациентов (15%) выполнен системный тромболизис (СТ); 2 группа — 44 пациента (42%) — первичное ЧКВ; 3 группа — 46 пациентов (43%) — отсроченное ЧКВ. В крови на 14 сутки ИМ, через 3 месяца и 1 год определяли содержание ЦЭК методом проточной цитометрии, фВ и вчСРБ иммуноферментным методом. Статистические данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха [25%;75%].

Результаты. Содержание ЦЭК в 1 группе на 14 сутки ИМ составило 5 [5;8] кл/мл, через 3 месяца — 6 [4;7] кл/мл, через 1 год — 7 [1;10] кл/мл; во 2 группе — 3 [1;3] кл/мл, 4 [2;8] кл/мл и 13 [1;26] кл/мл, соответственно, в 3 группе — 6 [5;13] кл/мл, 3 [2;5] кл/мл и 3 [2;8] кл/мл, соответственно. Содержание ЦЭК превышало референсные значения во всех группах. У пациентов 3 группы содержание ЦЭК на 14 сутки было выше, чем у пациентов 2 группы: 6 [5;13] кл/мл vs 3 [1;3] кл/мл (p=0,012). Содержание фВ на 14 сутки ИМ у пациентов 1 группы составило 172 [112;237]%, через 3 месяца — 170 [150;190]%, через 1 год — 152 [64;223]%; у пациентов 2 группы — 99 [84;175]%, 124 [78;160]% и 148 [39;257]%, соответственно; у пациентов 3 группы — 127 [111;163]%, 133 [109;158]% и 99 [58;173]%, соответственно. Содержание фВ у пациентов с ИМ во всех группах не превышало референсных значений. 8 пациентам за время проспективного наблюдения, в связи с высоким классом стенокардии, было выполнено повторное ЧКВ. У этих пациентов содержание фВ через 48 часов после стентирования было высоким — 190 [117;204]%. Содержание вчСРБ в 1 группе на 14 сутки составило 10,9 [7,25;15,6] мг/л, через 3 месяца — 2,06 [1,46;7,33] мг/л, через 1 год –0,88 [0,88;1,25] мг/л, во 2 группе — 2,57 [1,0;5,01] мг/л, 1,64 [1,02;3,05] мг/л и 2,65 [2,24;6,28] мг/л, соответственно, в 3 группе — 4,5 [1,39;12,7] мг/л, 1,3 [0,8;3,1] мг/л и 2,95 [1,08;4,01] мг/л, соответственно. Значимые различия получены на 14-е сутки ИМ в 1 группе и 2 группе (10,9 [7,25;15,6] мг/л vs 2,57 [1,0;5,01] мг/л (p=0,025)).

Заключение. Реваскуляризация миокарда влияет на показатели эндотелиальной дисфункции. Содержание ЦЭК на 14 сутки ИМ выше в случае позднего ЧКВ в сравнении с первичным, что обусловлено более высокой степенью некроза, воспаления и эндотелиальной активации. Содержание фВ через 48 часов после стентирования коронарной артерии выше, что обусловлено травматизацией сосудистой стенки. Содержание вчСРБ на 14 сутки ИМ значительно выше в случае проведенного СТ, что вероятно, связано с большим повреждением собственно миокарда, чем при ЧКВ.

307 ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Черепанова В. В., Супрядкина Т. В., Дахина Э. О., Сочивкина Я. В., Миролюбова О. А.

ГБОУ ВПО “Северный государственный медицинский университет”, Архангельск, Россия

В 2012 году Российское кардиологическое общество (РКО) присоединилось к общеевропейской инициативе “Go red for women”, направленной на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями у женщин.

Цель. Оценить течение раннего постинфарктного периода у женщин в возрасте до 55 лет и выявить предикторы повторного ИМ.

Материал и методы. Включены 43 женщины, (возраст 49,3±5,7 года), которые перенесли инфаркт миокарда (ИМ) до 55 лет. У 5 женщин ОИМ был повторным. Средний интервал времени от первого до повторного ИМ составил 2 года. Оценивались факторы риска, частота ранней менопаузы, данные коронарографии (КАГ), методы реперфузии, лабораторные данные и показатели ЭхоКГ, осложнения.

Результаты. Частота артериальной гипертонии (АГ) составила — 35 (81,4%), сахарного диабета — 5 (11,6%), дислипидемий 43 (100%), ожирения 22 (51,2%), курения 19 (44,2%), сведений нет у 11 женщин (25,6%). Ранняя менопауза выявлена у 15 женщин (34,9%), нет сведений у 18 женщин (41,9%). В госпитальный период умерла одна пациентка с повторным ИМ (2,3%). Выявлено значимое поражение коронарных артерий (КА) у 42 женщин (97,7%), у 41 — при КАГ и у одной больной — при аутопсии. Окклюзия 1-й КА выявлена у 15 больных (34,9%) и у одной (2,3%) — 2 окклюзии. У 5 женщин (11,6%) выявлено поражение 3 КА. Из 38 женщин с диагнозом “ОКС с подъемом сегмента ST” реперфузионная терапия проведена 27 пациенткам (71,1%): первичное ЧКВ — 19 (50%), тромболизис (ТЛ) только — одной (2,6%), фармакоинвазивная тактика (ТЛ+ЧКВ) — 7 (18,4%). Осложнения наблюдались у 16 женщин (42,1%) из 38. Выявлена связь осложнений с фактом выполнения или отсутствия реперфузионной терапии (p=0,022). Так, неосложненное течение инфаркта, чаще встретилось у женщин, которым была проведена ЧКВ, а тяжелые осложнения наблюдались у пациенток без реперфузии. При выписке ФК2 по NYHA был у 21 (50%) больной, ФК3 — у 6 (14,3%), ФК4 — у 2 (4,8%). Фракция изгнания левого желудочка (ФИЛЖ) <50% была у 8 женщин (19%). Выявлены различия у пациенток с первичным и повторным ИМ. Так, индекс массы тела (ИМТ) был выше при повторном ИМ 34,6±6,9 кг/м^2 против 28,4±5,1 кг/м^2 у женщин с первичным ИМ (p=0,027), у них чаще выявлялась гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), p=0,005. Методом логистической регрессии (Exp (B) 1,2; 95%ДИ 1,0–1,4) выявлен фактор риска для развития повторного ИМ — ИМТ. Площадь под ROC-кривой ИМТ была для повторных ИМ 0,808 (95% ДИ 0,630–0,987), p=0,033. Точка разделения — 30,6 кг/м^2. Чувствительность 80%, специфичность 79,2%. Частота ГЛЖ (p=0,005) и сахарного диабета (0,035) оказались достоверно выше у пациенток с повторным ИМ.

Заключение. У молодых женщин с ИМ выявлена высокая частота дислипидемий, ожирения, курения, ранней менопаузы. Осложненное течение ИМ наблюдалось у 42% пациенток. Сниженная систолическая функция ЛЖ в госпитальный период отмечена у 19% женщин, сердечная недостаточность ФК 2–4 — у 69%. Факторами риска повторного ИМ оказались ИМТ>30,6 кг/м^2, ГЛЖ и сахарный диабет.

308 КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИСФАТИНА И ЛЕПТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ СТАРЕНИЕМ

Чернышева Е. Н., Панова Т. Н., Горбунова О. С., Федотова А. В.

ГБОУ ВПО “АГМА” Минздрава России, Астрахань, Россия

Цель. Изучить содержание лептина и висфатина у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и преждевременным старением (ПС).

Материал и методы. В исследование вошли 270 больных с МС в возрасте о 30 до 60 лет — 48,0 (42,0; 53,0) лет, из них 162 мужчины и 108 женщины. Диагностика МС была основана на критериях, представленных в рекомендациях экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению МС (2009 г.). Группу контроля составили 70 человек, сопоставимые по возрасту 47,0 (40,0; 52,0) лет и полу (40 мужчин и 30 женщин) с больными без признаков МС. Диагностика ПС была основана на определении биологического возраста (БВ). Старение развивается преждевременно, если БВ опережает календарный. БВ и коэффициент скорости старения (КСС) вычисляли по формулам Горелкина А. Г. и Пинхасова Б. Б. При КСС от 0,95 до 1,05 делали заключение о соответствии скорости старения норме, если КСС менее 0,95 — о замедлении старения, при КСС более 1,05 — об ускорении старения. Методом иммуноферментного анализа исследовали: уровень висфатина сыворотки крови, который не зависит от половых различий и составляет 15,8–32,5 нг/мл; содержание лептина — физиологический интервал у женщин 7,4 (3,7–11,1) нг/мл, у мужчин 3,8 (2,0–5,6) нг/мл.

Результаты. Содержание лептина в сыворотке крови пациентов с МС составило 29,3 (19,7; 45,3) нг/мл, в группе контроля 4,9 (3,9; 5,9) нг/мл, p< 0,05. Концентрация висфатина сыворотки крови у пациентов МС достигла 35,8 (33,9; 48,0) нг/мл, в контрольной группе 25,0 (20,2; 27,5) нг/мл, p< 0,05.

В ходе исследования процесса старения, все пациенты с МС были разделены на группы: 1 группа (239 пациентов) — пациенты с ПС, 2 группа (31 человек) — пациенты с физиологическим старением (ФС). В группе с ПС содержание лептина достигло 34,5 (19,8; 49,3) нг/мл, с ФС — 10,3 (8,6; 13,7) нг/мл, p< 0,05; висфатина –37,0 (34,6;49,5) нг/мл и 29,1 (27,5; 30,0) нг/мл, соответственно, p< 0,05.

При проведении корреляционного анализа выявлены сильные положительные связи между висфатином и КСС (r+0,7, p< 0,05); висфатином и БВ (r+0,78, p< 0,05); висфатином и лептином (r+0,79, p< 0,05). Интересен тот факт, что, несмотря на наличие ожирения у пациентов с ФС, уровень висфатина находится в физиологическом интервале, тогда как при ПС не выявлено ни одного пациента с концентрацией висфатина, укладывающейся в норму.

Заключение. При метаболическом синдроме содержание лептина и висфатина в сыворотке крови у пациентов с преждевременным старением выше, чем у пациентов с физиологическим старением.

При проведении корреляционного анализа выявлены сильные положительные связи между висфатином и КСС (r+0,7, p< 0,05); висфатином и БВ (r+0,78, p< 0,05); висфатином и лептином (r+0,79, p< 0,05).

309 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Чистякова М. В., Говорин А. В., Радаева Е. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить функциональное состояние эндотелия у больных с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) и циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. В нашей работе проанализированы результаты обследования 74 пациентов с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) и 62 пациентов с циррозом печени (ЦП). Средний возраст больных составил 40,3±2,6 лет, длительность заболевания 4,1±2,01 года. Контрольная группа состояла из 17 здоровых добровольцев. Исследование эндотелия проводили в режиме двухмерного сканирования диаметра плечевой артерии (ПА) в покое. Использовали пробу с реактивной гиперемией. Наличие дисфункции эндотелия регистрировалось при значении эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) менее 10%. Выполнялись допплер–ЭхоКГ по стандартной методике в положении больного на левом боку на аппарате “VIVID-5S”. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 6,0.

Результаты. Исходный диаметр плечевой артерии у больных с вирусным ЦП различался по сравнению с контрольной группой и группой пациентов с ХВГ в сторону развития умеренной дилатации на 10% и 6%, соответственно, P<0,0074. В пробе с реактивной гиперемией у пациентов с ХВГ диаметр плечевой артерии был ниже на 6% от уровня, зафиксированного в контроле, а у пациентов с циррозом печени этот показатель составил 3% от величины данного параметра в контрольной группе, и был на 2% больше, чем у пациентов с ХВГ, P<0,05. Показатель ЭЗВД был снижен у пациентов с ХВГ величина его была в 2,2 раза меньше, чем в контрольной группе, а в группе с ЦП уровень данного параметра составил 85% от уровня, зафиксированного в контроле, P<0,05. В большей степени был изменен коэффициент, характеризующий чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелий. Эта величина определяет, насколько идеальна регуляция радиуса/диаметра артерии по напряжению сдвига и зависит в основном от релаксирующих свойств сосуда. Чем больше величина указанного коэффициента, тем лучше регуляция тонуса артерии. Величина указанного коэффициента у пациентов с ХВГ составила 0,31 (0,19;0,35), с ЦП 0,25 (0,09;0,20) по сравнению с контрольной группой 1,27 (0,72; 1,29), что также свидетельствует об утрате регуляции диаметра артерии по напряжению сдвига — то есть о выраженной эндотелиальной дисфункции. Степень изменения диаметра плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией отрицательно коррелировала с диастолической дисфункцией ПЖ у больных с ЦП (r= –0,74).

Заключение. У больных с хроническим вирусным гепатитом и циррозом печени наблюдается нарушение эндотелийзависимой вазодилатации, причем изменения более выражены в группе пациентов с циррозом печени, у которых сформировалось нарушение расслабления правого желудочка.

310 ОСОБЕННОСТИ СПЛАНХНИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Чистякова М. В., Говорин А. В., Радаева Е. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучение влияния спланхнического кровотока на диастолическую функцию левого желудочка у больных с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) и циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. Обследовано 82 пациента с ХВГ, 64 больных с ЦП с умеренной степенью активности процесса и 17 практически здоровых человека. Средний возраст больных составил 41,2±3,1 года, длительность заболевания 3,4±2,2 года. Всем проводилось обследование на аппарате Vivid S5. Для визуализации воротной вены (ВВ), собственно печеночной артерии (СПА) датчик располагался перпендикулярно правой реберной дуге и перемещался от мечевидного отростка до изображения ворот печени и ВВ. Селезеночная вена и артерия (СВ и СА), чревный ствол (ЧС) визуализировались в эпигастрии. Измеряли диаметр сосудов и среднюю скорость кровотока. При оценке диастолической функции ЛЖ определяли скорости трансмитрального потоков: максимальную скорость раннего и позднего пика Е и А, и их отношение Е/А-отношение; время изоволюметрического расслабления миокарда ЛЖ (IVRT), и время замедления первого потока DT.

Результаты. У пациентов с ХВГ без нарушения расслабления ЛЖ установлено достоверное увеличение скорости кровотока и дилатации артерий и вен по сравнению с контролем. Больные с ЦП по сравнению с контрольной группой и больными с ХВГ без диастолической дисфункции (ДД), демонстри-

ровали большие размеры диаметра артерий и вен (СА и СПА на 29% и 15%, ЧС на 38% и 13%, СВ на 46% и 28%, ВВ на 45% и 33%), но достоверно ниже у них регистрировались скорости в селезеночной и воротной венах в сравнении с пациентами с ХВГ без нарушения ДФ ЛЖ, во всех случаях $P<0,05$. У пациентов с ХВГ нарушение расслабления ЛЖ сопровождается еще большим ремоделированием сосудов с увеличением диаметра СВ на 12%, скорости кровотока в ВВ на 22%, а в сравнении с больными с ЦП без нарушения расслабления ЛЖ у них была выше скорость в СВ на 30%, ВВ на 48%, но достоверно меньше диаметр ВВ (19%). При формировании диастолической дисфункцией ЛЖ у пациентов с ЦП достоверно снижается скорость кровотока лишь в печеночных венах (на 28% и 14%). Наблюдалась дилатация практически всех вен и артерий и снижение в них скорости у пациентов с ЦП с ДД в отличие от больных ХВГ без нарушения расслабления ЛЖ, а при сравнении их с группой пациентов с ХВГ и ДД ЛЖ регистрировалась дилатация артерий (СА, ЧС на 13% и 30%) и вен (ВВ, ПВ на 8% и 34%) и ниже скорость кровотока в СПА, СВ, ВВ (20%, 17%, 53%), во всех случаях $p<0,01$.

Заключение. Таким образом, изменения спланхнического кровообращения у пациентов с ХВГ и ЦП происходит по мере прогрессирования заболевания без нарушения расслабления ЛЖ. Присоединение диастолической дисфункции ЛЖ сопровождается еще большими нарушениями спланхнического кровообращения.

311 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Чичкова М.А., Козлова О.С.
ГБОУ ВПО "Астраханская государственная медицинская академия" Минздрава России, Астрахань, Россия

Цель. Оценить отдаленные результаты комплексного лечения пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией на фоне ожирения.

Материал и методы. Проводилось клиническое наблюдение в течение двух лет, за 50 пациентами с эссенциальной артериальной гипертензией II стадии, 1–2 степени и ожирением II–III степени. Средний возраст обследованных составил 48,47±0,88 лет. Первую группу составили 30 пациентов (м-13, ж-17), получавших комбинированную гипотензивную терапию в сочетании с немедикаментозной коррекцией ожирения. Индивидуально проводили расчет калорийности суточного рациона с использованием формул учитывающих пол, возраст и уровень физической активности. Вторая группа исследования включала 20 пациентов (м-12, ж-8), получавших стандартную гипотензивную терапию, без коррекции ожирения.

В работе использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (ЭКГ, СМАД, Эхо-КГ), биохимические.

Результаты. К концу периода исследования все пациенты первой группы контролировали артериальное давление. Во второй подгруппе у двоих пациентов отмечалось превышение целевых уровней артериального давления. У пациентов первой группы госпитализации, в связи с высокими цифрами артериального давления, встречались достоверно реже по сравнению со второй группой исследования.

Через 2 года исследования масса тела пациентов 1-й группы уменьшилась с 104,30±4,67 кг до 98,29±4,56 кг ($p<0,05$) (–6% от исходной величины). При отсутствии лечения ожирения во 2-й группе исследования, отмечалась тенденция к увеличению массы тела с 97,8±8,87 кг до 107,83±8,35 кг ($p<0,05$) (+10% от исходной величины).

Сочетание гипотензивной терапии с коррекцией ожирения в течение 2-х лет позволяет уменьшить массу миокарда левого желудочка на 8,5%. Индекс массы миокарда левого желудочка уменьшился с 61,85±3,59 г/м^{2,7} до 58,70±2,78 г/м^{2,7} ($p<0,05$). Диастолическая дисфункция улучшилась у 30% пациентов по сравнению с исходными данными. Во 2-й группе с выраженной гипертрофией левого желудочка через 2 года лечения отмечалось увеличение массы миокарда левого желудочка с 295,89±13,61г до 328,32±12,82г ($p<0,05$). Достоверных изменений диастолической функции у пациентов с ЭАГ без коррекции ожирения выявлено не было. Согласно нашим данным на каждый килограмм массы тела масса миокарда повышалась на 3 грамма.

Заключение. Сочетание гипотензивной терапии с немедикаментозной коррекцией ожирения у всех пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией позволяет достигнуть целевых уровней артериального давления, снизить массу тела на 6% и снизить риск осложнений.

312 ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЧАСТОТЫ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ

Чумакова Е.А., Гапонова Н.И.
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель. Изучение взаимосвязи психологических и социальных особенностей пациентов с артериальной гипертензией (АГ), часто обращающихся за скорой медицинской помощью с их приверженностью к лечению.

Материал и методы. На амбулаторном этапе было обследовано 300 пациентов с АГ (100 мужчин и 200 женщин) от 35 лет и старше (средний возраст 72,1±12,8 года). Длительность АГ составила от 4 до 36 лет. Учитывали количество гипертонических кризов в год, частоту вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций в связи с АГ. Из исследования исключались пациенты с симптоматической АГ. С помощью анкет–опросников выявляли частоту вызовов скорой медицинской помощи, степень выполнения врачебных рекомендаций и регулярность приема антигипертензивных лекарственных средств больными. Также заполнялись опросники Спилберга-Ханина и Стреляу для оценки психоэмоционального статуса.

Результаты. Исследование показало, что более частые вызовы в целом более характерны для женщин по сравнению с мужчинами, одиноких пациентов, по сравнению с состоящими в браке, а также пенсионеров по сравнению с работающими пациентами. Доля женщин, вызывавших скорую медицинскую помощь реже 1 раза в год составила 29% и была значимо ($p<0,05$) ниже доли мужчин — 58%. При анализе психологических особенностей было выявлено, что для большинства больных АГ (83,3%) характерен высокий уровень личностной тревожности, ситуативная тревожность была высокая в 56% случаев, умеренная в 39,33%. Нервные процессы по силе у большинства пациентов (51%) характеризовались как неуравновешенные со сдвигом в сторону возбуждения, у 38% больных АГ нервные процессы были охарактеризованы как уравновешенные. Были выявлены существенные отличия по частоте вызовов скорой медицинской помощи, присущие лицам с низкой подвижностью нервных процессов. Так, 66,7% больных АГ с низким уровнем подвижности нервных процессов торможения осуществляли вызовы весьма часто — 3–4 раза в год, что было значимо ($p<0,05$) выше соответствующих значений в группах пациентов с умеренной и низкой подвижностью, где значения этого показателя составили лишь 6,4 и 3,6%. Анализ зависимости регулярности приема лекарственных средств (ЛС) от уровня личностной тревожности пациентов показал значительные различия, характерные для пациентов с различными уровнями личностной тревожности. Так, только 50% пациентов с низким уровнем личностной тревожности регулярно принимали ЛС, что было значимо ($p<0,05$) соответствующих значений показателя в группах больных со средним и высоким уровнями — соответственно, 79,2 и 85,7%

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что регулярность приема пациентами антигипертензивных ЛС и степень выполнения врачебных рекомендаций в значительной степени связана с психологическими характеристиками обследуемых больных.

313 СВЯЗЬ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шахнович П. Г., Черкашин Д. В., Свистов А. С., Бессуднов Д. Е., Новиков М. В., Ткаченко К. Н., Хасанова Е. Н.

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

Цель. Изучение корреляционных связей показателей микроциркуляции с характеристиками внутрисердечной гемодинамики и метаболического статуса у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Обследовано 48 больных (мужчин и женщин), средний возраст которых составил 65,3±5,1 лет, проходивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии с диагнозом острый коронарный синдром. Помимо рутинных лабораторных и инструментальных исследований, методом высокочастотной ультразвуковой допплерографии у всех пациентов оценивались: линейная и объемная скорости периферического кровотока. Для выявления количественной и качественной взаимосвязи применялся корреляционный анализ.

Результаты. При изучении корреляционных связей между линейной и объемной скоростями кровотока и изучаемыми показателями гемодинамики и метаболического статуса у больных ОКС были получены достоверные обратные связи средней силы между конечным диастолическим размером левого желудочка и линейной ($r=-0,44$; $p<0,05$), а также объемной ($r=-427$; $p<0,05$) скоростью кровотока.

Выявлена обратная связь средней силы между размерами левого предсердия: переднезадним ($r=-0,585$; $r=-0,585$; $p<0,05$) и медиальнолатеральным ($r=-406$; $r=-419$ для линейной и объемной скорости, соответственно; $p<0,05$). А также обратная связь средней силы между медиальнолатеральным размером правого предсердия и показателями периферического кровообращения: линейной ($r=-0,456$; $p<0,05$) и объемной ($r=-0,462$; $p<0,05$) скоростями кровотока.

Кроме того, выявилась достоверная обратная корреляционная связь между уровнем натрия в крови и линейной скоростью ($r=-0,614$; $p<0,05$), в тоже время объемная скорость кровотока не демонстрировала столь прочной связи ($r=-0,326$, $p>0,05$).

Заключение. У больных острым коронарным синдромом определяется обратная связь показателей микроциркуляции с конечным диастолическим размером левого желудочка, размерами левого и правого предсердий, а также уровнем натрия плазмы крови, что может свидетельствовать об изменении параметров микроциркуляции в динамике ишемического ремоделирования сердца. При этом параметры системной гемодинамики (артериальное давление, частота пульса) оказывают менее выраженное воздействие на периферический кровоток.

314 РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИНАМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА

Шелковникова Т. А., Усов В. Ю., Аптекарь В. Д.

ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Изучить магнитно-резонансную картину сердца у пациентов с воспалительными изменениями миокарда на фоне консервативной терапии.

Материал и методы. Обследовано 25 пациентов среднего возраста 49,59 [42; 62] лет без признаков стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по результатам коронарографии, компьютерной томографии, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда с ^{99m}Tc-тетрафосмином, велоэргометрической пробы (ВЭМ) и суточного мониторирования ЭКГ), но с клиническими проявлениями поражения миокарда — с жалобами на боли в области сердца различного характера, перебои в работе сердца, одышку, различными функциональными классами (ФК) сердечной недостаточности по NYHA (4 ФК — 8%, 3 ФК — 16%, 1ФК — 20%). У 20% пациентов появление жалоб или ухудшение общего самочувствия было связано с перенесенным инфекционным заболеванием. По результатам ВЭМ у 24% пациентов отмечено снижение толерантности к физической нагрузке, по данным суточного мониторирования ЭКГ у 48% пациентов выявлены от 0,1% до 0,3% желудочковых и наджелудочковых экстрасистол, у 12% — эпизоды фибрилляции предсердий. Всем пациентам при первичной госпитализации и через 6 месяцев наблюдения была проведена магнитно-резонансная томография. Исследования сердца выполнены на магнитно-резонансном томографе Vantage Titan (Toshiba) 1,5 Тл с ЭКГ-синхронизацией и получением изображений миокарда по короткой и длинной осям до и после введения контрастного препарата (Омнискан, из расчета 0,2 мл на 1 кг массы тела пациента). Срезы выполнялись от верхушки до основания сердца толщиной 8 мм. Протокол МРТ-исследования включал использование Т 1, Т 2 взвешенных последовательностей, динамических SSFP последовательностей и градиентной последовательности инверсия — восстановление (GR-IR) с получением изображений сердца в 2-, 4-камерных проекциях через 8–20 мин после внутривенного введения контрастного препарата. Оценка патологических изменений миокарда проводилась с учетом МРТ-критерий диагностики миокардита (Lake Louise Criteria). Статистический анализ материалов проведен с использованием пакета прикладных программ "Statistica for Windows ver. 8.0" фирмы "Stat Soft, Inc". Данные представлены в виде Me [25%; 75%]. Для сравнения количественных показателей в динамике использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (с учетом малого объема сравниваемых групп и ненормального распределения), для сравнения качественных признаков — точный критерий Фишера. Статистически значимым считалось различие при $p<0,05$.

Результаты. По данным МРТ средние исходные показатели толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) составили 10,16 [9,5; 10,5] мм, задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) — 9,9 [9,25; 10,25] мм и соответствовали норме, только у 25% пациентов было отмечено незначительное утолщение МЖП и ЗСЛЖ (не более 12 мм). У 48% пациентов выявлено расширение полостей сердца и диффузное снижение сократительной функции миокарда. По данным динамических последовательностей средние показатели фракции выброса сердца составили 53,8 [39,0; 64,5]%, причем у 16% пациентов данный показатель не превышал 24–38%. При использовании Т 2-взвешенной последовательности у 8% пациентов обнаружены очаги патологического усиления сигнала (признаки отека миокарда). По данным МРТ сердца с контрастным усилением на 8–20 минуте после введения контрастного препарата у 24 пациентов (96%) были выявлены участки его патологического включения в сердечную мышцу, которые в 97% случаев локализовались в базальных и средних отделах межжелудочковой перегородки (МЖП) и боковой стенки левого желудочка. Обнаружено 4 типа включения контрастного препарата в миокард: 1 тип — в виде мелких интрамуральных, расположенных по цепочке очагов на протяжении 2–3 сегментов (более вероятно обусловленные умеренно выраженными пост воспалительными фибротическими изменениями) в 64% случаев, 2 тип — линейное включение контрастного миокарда в толще миокарда (более протяженные рубцовые изменения) — в 8% случаев, 3 тип — очаговое включение в пределах 1 сегмента (в 9% случаев), 4 тип — диффузное слабое распространенное (на протяжении 2–3 сегментов) включение контрастного препарата, практически на всю толщину миокарда — более вероятно обусловленное отеком — в 19% случаев. При исходном линейном типе включении контрастного препарата достоверно чаще ($p=0,04$) отмечено

снижение глобальной сократительной способности левого желудочка.

Через 6 месяцев на фоне проводимого лечения в 55% случаев обнаружен полный или частичный регресс патологических изменений в миокарде (сокращение протяженности или толщины включения контрастного препарата), чаще при исходном 3 или 4 типе контрастирования. В 28% случаев нами не было отмечено значимой динамики МРТ-картины миокарда. В 5% случаев — выявлено увеличение числа вовлеченных в патологический процесс сегментов (прогрессирование фибротических изменений), в 11% — формирование рубцовой ткани, в виде яркого линейного включения контрастного препарата в стенку сердца. У 87% пациентов с положительной динамикой МРТ отмечено улучшение клинического состояния (увеличение числа пациентов с 1ФК сердечной недостаточности (NYHA) и без проявлений недостаточности кровообращения). Достоверных различий показателей фракции выброса сердца в динамике в целом по группе обнаружено не было (p>0,05), однако у 11% пациентов фракция выброса левого желудочка возросла более чем на 30%.

Заключение. Различные типы контрастирования миокарда предположительно могут свидетельствовать об активности процесса, его давности и распространенности, могут, как регрессировать, так и нарастать в динамике наблюдения. МРТ с контрастным усилением может использоваться не только для диагностики воспалительного поражения миокарда и функциональных его параметров, но и оценки состояния сердечной мышцы на фоне лечения.

315 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ДИНАМИКА УРОВНЯ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ, ЛИГАНДА CD 40

Шепилова И. Б., Саламатина Л. В., Сеитов А. А., Местецкий В. Н., Урванцева И. А.

БУ ХМАО-Югры "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Изучить динамику уровня миелопероксидазы (МРО), лиганда CD 40 у больных с ОКС в раннем послеоперационном периоде после проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. Обследовано 265 пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST в возрасте от 32 до 74 лет (216 мужчин, 49 женщин), которым было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Все обследуемые разделены на группы: первая группа — пациенты без нарушений углеводного обмена (БНУО) (121 человек), вторая группа — больные с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) (73 человека), третья группа — пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) (71 человек). Динамика уровня миелопероксидазы (МРО), лиганда CD 40 (sCD-40L) оценивалась в течение 1,5 месяцев в трех группах в зависимости от степени нарушения углеводного обмена.

Результаты. Уровень МРО у больных во всех группах был максимальным на 3-и сутки, в последующем наблюдалось снижение маркера на 7–10-й и 40–45 день после ЧКВ. На 3-и сутки определяется статистически значимое повышение МРО в группах обследуемых (1 группа p=0,045; 2 группа p=0,006; 3 группа p=0,04). К 7–10 дню уровень маркера снижался и достиг своего значения до проведения ЧКВ. Концентрация МРО достоверно снижалась к 40–45 суткам после ЧКВ (1 группа p=0,003; 2 группа p=0,012; 3 группа p=0,023). На всех этапах обследования замечено достоверное различие концентраций МРО между группами 1 и 3 (p=0,031; p=0,000; p=0,000; p=0,039) за счет замедления темпов нормализации показателя у пациентов с СД-2, в то же время никаких различий уровня МРО между 1 и 2 группой не наблюдалось.

Уже в первые сутки развития ОКС выявлено достоверное различие уровня sCD-40L между 1 и 3 группами (p=0,041), сохраняющееся на 3-и, 7–10, 40–45 сутки, после проведения (p=0,000; p=0,000; p=0,000). Достоверной разницы между концентрацией sCD-40L на всех этапах исследования не выявлено между 1 и 2 группами (p=0,062; p=0,14; p=0,333; p=0,132). За весь период наблюдения уровень sCD-40L у больных ОКС значительно превышал значения нормального показателя.

Заключение. У больных с ОКС после проведения чрескожного коронарного вмешательства происходит повышение уровня миелопероксидазы и лиганда CD 40. Повышенный уровень миелопероксидазы и лиганда CD 40 сохраняется в течение 40–45 суток после чрескожного коронарного вмешательства и является максимальным у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

316 ОСОБЕННОСТИ ХРОНОТИПОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГОДОВАЯ ХРОНОТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРОМ АПФ (ЛИЗИНОПРИЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ШИРОТ

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, Россия

Цель. Изучить особенности хронотипов артериального давления (АД) и метод хронотерапии (ХТ) лизиноприлом у больных с артериальной гипертонией 2 степени (АГ2 ст.) в условиях заполярной вахты.

Материал и методы. Обследованы 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ, из них группу наблюдения составили 93 больных работников заполярной вахты, группу сравнения — 64 пациента, постоянно проживающих в условиях умеренного климата (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, длительности АГ, значениям офисного САД, ДАД. Диагноз АГ верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008–2010гг). 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 5–10мг/сутки в течение года.

Результаты. В тюменской группе значимо чаще регистрировались "МЕСОР 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 ("фазовая АГ" — 8,6% против 0%, p=0,0172, "МЕСОР-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" значимо снизились с 16,3%/16,8% до нуля (p=0,0019/0,0016), а частоты ХТП "изонормотония" с 12,3%/12,3% до 1,8%/3,5% (p=0,0306/0,0843). Обычный прием лизиноприла привел к росту фазовых нарушений МЕЗОР нормотензивных суточных ритмов- "аллонормотония" с 0% до 13,9%, p=0,0233 для САД и с 0% до 5,6%, p=0,1543 для ДАД.

Заключение. В условиях заполярной вахты чаще имели место низкоамплитудные и фазовые нарушения ритма как при нормальном значении МЕСОРа суточного ритма, так и при его повышении, что свидетельствует о неустойчивости и малой мощности суточной ритмики АД. Хронотерапия лизиноприлом в условиях Крайнего Севера эффективнее обычной схемы лечения, так как улучшает фазовые и амплитудные характеристики суточных ритмов АД, что способствует более существенному снижению АД, улучшению хронобиологических характеристик циркадианных составляющих спектров ритмов АД, лучшей переносимости препарата и повышает приверженность пациентов к лечению.

317 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г.
ГБУЗ ККБ № 2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние терапии небивололом и лизиноприлом на параметры эхокардиографии (ЭХОКГ) пациентов с желудочковыми нарушениями ритма сердца (ЖНРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II функциональных классов (ФК).

Материал и методы. В исследовании участвовало 20 пациентов с ЖНРС (I–IV градаций по B. Lown; II–III групп по J. Bigger) на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 10 мужчин и 10 женщин, возраст 50,0±1,5 года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе 5,5±1,6 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 11,5±3,9 мг/сутки проводилась ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония). Статистическая обработка — методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Увеличивались скорость трансмитрального диастолического потока E (V_E) (на 11,6%; $p<0,02$), отношение V_E к скорости трансмитрального диастолического потока A (V_A) (V_E/V_A) (на 24,3%; $p<0,05$); уменьшались толщина МЖП (на 9,7%; $p<0,03$), передне-задний диаметр левого предсердия (на 5,5%; $p<0,01$), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 12,6%; $p<0,01$); не изменялись ФВ ЛЖ, конечный диастолический размер и толщина задней стенки ЛЖ, время замедления трансмитрального диастолического потока E (DT_E).

Заключение. Динамика отражает улучшение структурного и функционального состояния сердца пациентов с ЖНРС и ХСН I–II ФК.

318 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г.
ГБУЗ ККБ № 2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние терапии небивололом и лизиноприлом на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с желудочковыми нарушениями ритма сердца (ЖНРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II функциональных классов (ФК).

Материал и методы. В исследовании участвовало 20 пациентов с ЖНРС (I–IV градаций по B. Lown; II–III групп по J. Bigger) на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 10 мужчин и 10 женщин, возраст 50,0±1,5 года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе 5,5±1,6 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 11,5±3,9 мг/сутки проводились тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R. Bruce для подтверждения/исключения скрытой коронарной недостаточности и тест с 6-минутной ходьбой по стандартному протоколу с целью определения ФК ХСН. Статистическая обработка выполнена методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Увеличивалась максимальная нагрузка (на 35,9%; $p<0,01$), не изменялось двойное произведение; увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на 19,4%; $p<0,01$). ХСН не регистрировалась в 10% случаев, у 15% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

Заключение. У пациентов с ЖНРС повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН.

319 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ВЫЖИВШИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шурупов В.С., Рябов В. В., Карпов Р.С.
ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, ГБОУ ВПО СибГМУ, ГБОУ ВПО НТГУ, Томск, Россия

Цель. Изучить клинико-инструментальную характеристику острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и сердечной недостаточности, а так же влияние современных методов реперфузионной терапии на клинические исходы и эхокардиографические параметры сердца.

Материал и методы. Выполнено ретроспективное исследование, в которое включили 236 больных ОИМ с ПСST, поступивших в отделении неотложной кардиологии НИИ кардиологии СО РАМН в 2008 г. Диагноз ОИМ устанавливали на основе универсального определения. Больные (n=236) разделены на две группы в зависимости от величины ФВ ЛЖ>45% (1-я группа) и с ФВ ЛЖ<45% (2-я группа). Состояние глобальной систолической функции ЛЖ определяли на 10–21-й день болезни посредством ЭхоКГ. Первую группу составили 166 (70%) пациентов (средний возраст 62,1±12,05 лет), тогда как 2-ю 70 (30%) пациентов (средний возраст 62,05±12,06). При анализе историй болезни оценивали анамнестические данные, факторы риска ИБС, временные интервалы (начало симптомов ОИМ, время поступления в БИТ, время реперфузии ИСКА) эхокардиографические и ангиографические данные. Статистическая обработка произведена с помощью пакета программ “Статистика”. Данные представлены в виде M±SD.

Результаты. Установлено, что по полу, возрасту, факторам риска ИБС, наличию предынфарктной стенокардии больные обеих групп были сопоставимы. Среднее время поступления пациентов в БИТ для 1-й группы 1,29±0,45 часов, когда как во 2-й группе 4,41±5,93 часов ($p<0,05$). У больных 2-й группы настоящая госпитализация была достоверно чаще по поводу повторного ОИМ в 34% против 15% в группе сохранной ФВЛЖ, $p<0,05$. Кроме этого, среди коронарографированных пациентов 72% в группе сохранной ФВ ЛЖ и 74% в группе систолической дисфункции, трехсосудистое поражение коронарного русла выявлено в 38% в группе сниженной ФВ ЛЖ, против 17%, $p<0,05$. На момент выписки ХСН I ФК диагностировали в группе сохранной ФВ ЛЖ в 40% случаев против 19%, $p<0,05$. Тогда как признаки II ФК ХСН встречались с частотой 43% в группе сохранной ФВ ЛЖ, против 42%. Как и ожидалось, III–IV ФК ХСН чаще диагностировали в группе сниженной ФВ ЛЖ 39% против 17%, $p<0,05$.

Заключение. Таким образом, внедрение современных методов реперфузионной терапии ОИМ обеспечило снижение частоты развития систолической дисфункции ЛЖ. При этом по нашим данным систолическая дисфункция ЛЖ развивается, как правило, у больных с повторным ОИМ, 3-сосудистым поражением венечного русла и поздним поступлением от начала симптомов ОИМ. Интересным представляется факт, довольной высокой частоты развития синдрома ХСН II ФК при сохранности глобаль-

ной систолической функции ЛЖ, отсутствии каких-либо значимых клинико-анамнестических особенностей ОИМ, что требует продолжение изучения патофизиологии этого синдрома.

320 РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Эшниязова У. Н., Жумамуратова Н. С.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Для проведения первичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) врачам общей практики (ВОП) необходимо выявлять факторов приводящие к возникновению сердечнососудистых заболеваний (ССЗ). У ВОП есть преимущества раннего выявления различных факторов риска ИБС так как, они знают семью, наличие сахарного диабета (СД), ожирения и артериальной гипертонии (АГ) у родителей. Таким образом, они должны создавать группы риска среди пациентов старше 40 лет для динамичного их наблюдения.

Цель. Провести оценку раннего выявления факторов риска (курения, гиперхолестеринемия, СД 2-типа, избыточная масса тела и ожирение) вовремя профилактического осмотра населения старше 40 лет в СВП.

Материал и методы. В профилактический осмотр был проведен в СВП "Равот" Ташкентской области, "Гова" Наманганской области, "Мираки" Кашкадарьинской области.в котором участвовали 3 врача ВОП и 6 медицинских сестер. Были определены стандарты по раннему выявлению пациентов с факторами риска. В течении 3 месяцев каждому пациенту старше 40 лет обратившемуся за медицинской помощью в СВП, измеряли рост, вес, вычисляли ИМТ, определяли общий холестерин и сахар крови натощак и спрашивали о количестве выкуренных сигарет в день и стаж курения. Было всего обследовано 326 пациентов, из них оказалось 211 (64,7%) женщин, 115 (35,3%) мужчин.

Результаты. В ходе исследования 62 (19%) пациентов была выявлена избыточная масса тела — ИМТ более 25 кг/м^2. Ожирение выявлено у 31 (9,5%) пациентов. Гиперхолестеринемия (общий холестерин более 6,2 ммоль/л) была выявлена у 97 (29,7%) человек. Уровень глюкозы более 6,1 ммоль/л был выявлен у 17 (5,2%) пациентов. Среди опрошенного курили только 27 (8,2%), причем все курящие были мужчины. С ними были проведены неоднократные беседы о вреде курения. В результате профилактического осмотра ВОП создали группы пациентов с факторами риска ИБС. ВОП проводили обучающие занятия в группах по рациональному питанию и рекомендации по физической нагрузке для снижения веса. Пациентам с гиперхолестеринемией были назначены статины и гиполипедемическая диета. 17 пациентов которых обнаружили повышенный уровень глюкозы натощак был проведен глюкоза толерантный тест на основании результатов которого у 3 (0,9%) пациентов был диагностирован сахарный диабет. Совместно с эндокринологом были назначены диета и лечение.

Заключение. ВОП в условиях первичного звена как можно раньше должен выявлять факторы риска ИБС среди населения, особенно у пациентов старше 40 лет. Для этого медицинские работники амбулаторного звена должны систематически проводит профилактические осмотры. Своевременно формировать группы риска ИБС среди населения и наблюдать их в динамике и тем самым предупреждать развитие и прогрессировании ССЗ.

321 ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Эшниязова У. Н., Жумамуратова Н. С.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка проводимой реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, в семейной поликлинике № 16 Алмазарского района г. Ташкента.

Материал и методы. Программа реабилитации была проведена 36 больным, перенесшим острый инфаркт миокарда, при этом средний возраст пациентов составил 54 года. Программа восстановительного лечения проводимого в течение 6 месяцев в поликлинике включала беседы по улучшению психо-эмоционального состояния больных медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, диетотерапию, образовательные лекции для больных и членов семьи. Во внедрении программы участвовали 6 врачей общей практики (ВОП), средний стаж которых составил 13,6 лет.

Результаты. При изучении 36 амбулаторных карт (АК) в 33 из них (91,7%) был записан план реабилитационных мероприятий. Из 36 изученных АК в 31 (81,6%) была запись диспансерного наблюдения 4 раза в год. Почти во всех картах были данные общего анализа крови, общего анализа мочи, протромбинового индекса, холестерина и сахара крови. В АК 28 (77, 8%) пациентов были ЭКГ и запись АД при каждом визите. Амбулаторное или стационарное лечение в течение года получили 32 (88,9%) пациента. Патронажное наблюдение врачом общей практики было зафиксировано в 22 (61,1%) АК. В санаторных условиях 10-дневную реабилитацию прошли только 4 (11,1%) пациента. При проведении диспансеризации больной осматривался кардиологом, и по показаниям,— невропатологом, офтальмологом, эндокринологом. Согласно требованиям стандарта лечения больных после ИМ является назначение аспирина, бета-блокаторов и ингибитора АПФ, а статинов — при выявлении гиперхолестеринемии. В 31 (81,1%) амбулаторных картах были рекомендации по приему аспирина, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, и только в 2 (5,6%) амбулаторных картах были назначены статины. По заключению ВТЭК 22 (61,1%) пациента получили 2 группу инвалидности, 7 (19,4%) — 3 группу. Ни в одной амбулаторной карте не было записи о проведении физической и психологической реабилитации. Также отсутствовали рекомендации по рациональному питанию и здоровому образу жизни.

Заключение. Таким образом, в амбулаторных условиях не уделяется должного внимания физической реабилитации, которая является стержнем реабилитационной программы. Не проводится психосоциальная поддержка, включающая в себя индивидуальное или групповое консультирование для преодоления страха, беспокойства, депрессии, социальной изоляции. Врачи общей практики городской поликлиники мало внимания уделяют записи рекомендаций по изменению образа жизни. Зачастую сами пациенты не информированы о необходимости его изменения, не заинтересованы к возвращению к профессиональной деятельности и повышению качества жизни.

322 УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИНА (А) И АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Юрина А. Л., Саламатина Л. В., Руденко А. В., Грицык А. В.
БУ ХМАО-Югры "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Анализ показателей липопротеина (а) (ЛП (а), как одного из маркеров риска развития атеросклероза сосудов головного мозга.

Материал и методы. Анализ проведен по данным амбулаторных карт пациентов, которые наблюдаются в Окружном кардиодиспансере г. Сургута. Длительность наблюдения составила 3 месяца (с 1.10.2013г по 31.12.2013 г.), за это время было обследовано 200 человек, из них 106 человек (53%) женщины и 94 человека (47%) мужчины. Возраст пациентов составил от 35 до 60 лет. Во всех 200 случаях проводилось цветное дуплексное картирование брахицефальных сосудов (ЦДК БЦС) для определения наличия и степени выраженности атеросклеротического процесса. Пациенты с перенесенными нарушениями мозгового кровообращения и инфарктами миокарда в группу обследованных не входили. Оценка результатов проводилась на фоне терапии статинами. Использованы аналитический и статистический методы. Данные представлены в виде абсолютных и относительных величин.

Результаты. У 32 человек (16%) в возрасте 35–52 лет наблюдалось изолированное повышение уровня ЛП (а) при нормальных показателях общего холестерина (ХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), отношения аполипопротеина А к аполипопротеину В (АпоВ/АпоА). При этом ни у одного из обследованных, признаков поражения БЦС не отмечалось.

У 84 человек (42%) в возрасте 50–60 лет выявлено повышение ЛП (а) с одновременным повышением ХС, ЛПНП, ТГ, АпоВ/АпоА и при этом во всех случаях наблюдались атеросклеротические поражения БЦС.

У 38 обследованных (19%) в возрасте 45–55 лет уровень ЛП (а) находился в пределах нормы при повышенном уровне ХС, ЛПНП, ТГ, АпоВ/АпоА В этой группе пациентов при оценке результатов ЦДК БЦС во всех случаях имелись начальные атеросклеротические изменения в виде утолщения комплекса интима-медиа.

В тоже время у 21 человека (10.5%), возраст которых составил 50–55 лет, показатели всех исследованных атерогенных липопротеинов находились в пределах референсных значений, но у пациентов были выявлены признаки атеросклеротического поражение БЦС.

Заключение. Липопротеид (а) имеет существенное, но, скорее, не решающее значения в частоте и выраженности атеросклеротического поражения сосудов головного мозга.

323 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОГО РЕГИОНА РОССИИ

Якушин С. С., Филиппов Е. В.
ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

ЭД является одним из факторов риска развития КБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом. У женщин и мужчин риски ее развития различны.

Цель. Сопоставить риски развития КБС у мужчин и у женщин на основании изучения ЭД у населения Рязанского региона.

Материал и методы. В исследование было включено 1622 человека в возрасте 25–64 года без диагносцированной КБС (средний возраст — 43,4±11,4 лет, 46,2% мужчин) отобранных случайным образом методом кустовой выборки. Измерялось состояние функции эндотелия в системе микроциркуляции и в крупных мышечных артериях с помощью теста с реактивной гиперемией.

Результаты. дисфункцию эндотелия имело 39,5% обследованных лиц. Среди них мужчин было 46,8%, женщин — 53,2%. 40% мужчин имело ЭД, из них, 26,0% — ЭД крупных артерий и капилляров. На развитие ЭД у мужчин оказывали влияние следующие факторы: ожирение ОР=1,56 (ДИ95% — 1,37–1,77), курение — 1,22 (1,09–1,38), АГ — 1,23 (1,09–1,38), ЧСС>85 уд/мин — 1,18 (1,02–1,35), СРБ>5 мг/мл — 1,35 (1,19–1,53), избыточное потребление алкоголя — 1,27 (1,06–1,52).

Среди женщин 39,1% имели ЭД, из них, 13,1% — ЭД крупных артерий и капилляров (р=0,097 по сравнению с мужчинами). На развитие ЭД у них оказывали влияние следующие факторы: ожирение ОР=1,39 (ДИ95% — 1,19–1,61), АГ — 1,19 (1,07–1,33), ЧСС>85 уд/мин — 1,22 (1,08–1,37), СРБ>5 мг/мл — 1,15 (1,02–1,29), фибриноген>4 г/л — 1,18 (1,05–1,31), сахарный диабет — 1,32 (1,16–1,51).

Высокий риск по шкале HeartSCORE среди мужчин с ЭД имели — 22,3%, среди женщин — 16,7% (р=0,253).

Заключение. На развитие ЭД как у мужчин, так и у женщин оказывали влияние: ожирение, АГ, ЧСС>85 уд/мин и СРБ>5 мг/мл. Для мужчин важную роль в развитии ЭД также играло курение и избыточное потребление алкоголя, в то время как для женщин эти факторы не имели значения. Однако, для них фактором риска был сахарный диабет и фибриноген>4 г/л.

Таким образом, по количеству лиц с ЭД популяция мужчин и женщин не различалась, однако, факторы ее развития были разными.

324 СВЯЗЬ ПОЛА, КУРЕНИЯ И ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТСУТСТВИЕМ ЗНАЧИМОГО КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА (ПО ДАННЫМ "РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ")

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Горбатенко Е. А., Варшавчик М. В., Криночкин Д. В., Колунин Г. В.
Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

У пациентов со стабильными формами ишемической болезни сердца (ИБС) при коронароангиографии значимая коронарная обструкция может не определяться даже в тех случаях, когда специфической симптоматике сопутствует выявление достоверных признаков миокардиальнной ишемии. В этом случае развитие симптомов ИБС обусловлено микроваскулярной миокардиальной дисфункцией. Известно, что прогноз больных ИБС без значимой коронарной обструкции лучше, чем у пациентов с её наличием. Болевая симптоматика в отсутствии значимых коронарных стенозов может быть такой же, как при выраженном коронарном атеросклерозе, поэтому диагностировать отсутствие коронарного стенозирования на основании особенностей клинических проявлений миокардиальной ишемии невозможно.

Цель. Выявить, какие признаки связаны с отсутствием коронарного атеросклероза у пациентов, направленных на коронароангиографию.

Материал и методы. Анализ проведен по данным обследования 9409 пациентов "Регистра проведенных операций коронарной ангиографии", имевших либо кардиалгию, требующую уточнения диагноза, либо типичную стенокардию. Учитывая многомерность и разнородность исходных данных, в качестве метода исследования был выбран факторный анализ, вращение проведено по методу "варимакс".

Результаты. 5 значимых факторов объясняли почти 59% вариабельности изучаемого явления. Первый фактор содержал нагрузки четырех переменных (пол пациента, курение, значимый коронарный атеросклероз и гипофункция щитовидной железы) и объяснял 14% общей дисперсии. Во втором факторе продемонстрировали свое влияние показатели липидного профиля — липопротеиды низкой плотности и индекс атерогенности, фактор был ответственен за 12% общей дисперсии. Третий фактор был связан с возрастом и эхокардиографическими признаками склерогенного поражения аорты, объяснял около 12% общей дисперсии. Четвертый — фактор нарушения метаболизма — отвечал за 11% общей дисперсии, его составляющими были индекс массы тела, сахарный диабет и артериальная гипертония. Пятый фактор характеризовал функцию сердца, в него вошли фракциия выброса левого желудочка и функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA, фактор объяснял 10% общей дисперсии.

Заключение. У пациентов "Регистра проведенных операций коронарной ангиографии" выявлена связь отсутствия коронарного атеросклероза с женским полом, отсутствием курения и наличием гипофункции щитовидной железы.

325 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ)

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А.
Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Есть 2 механизма формирования митральной регургитации (МР) при ИБС: 1-й связан с глобальным патологическим ремо-

делированием левого желудочка (ЛЖ) и дилатацией фиброзного митрального кольца; 2-й — с регионарным ремоделированием ЛЖ, смещением или разрывом папиллярных мышц. Сведения о гендерных особенностях формирования МР у больных ИБС отсутствуют.

Цель. Выявить, с какими клинико-функциональными параметрами связана МР в мужской и женской группах больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Материал и методы. Из 15283 пациентов "Регистра проведенных операций коронарной ангиографии" © были отобраны 53 женщины и 350 мужчин с перенесенным Q-волновым инфарктом миокарда, зонами асинергии соответствующей локализации и умеренной или выраженной МР по данным эхокардиографии. Больным проводили клиническое, эхокардиографическое обследование, определение липидного профиля, ЭКГ, холтеровское мониторирование. В исследование не включали больных с пороками сердца, нерезко выраженной МР, поскольку она зачастую бывает физиологической, и острым инфарктом миокарда, поскольку МР при острых формах ИБС часто бывает обратимой. Клинико-функциональные параметры пациентов сравнивали внутри гендерных групп в зависимости от наличия или отсутствия МР. Значимыми считали стенозы >75% просвета коронарной артерии.

Результаты. Женщины с МР чаще демонстрировали более высокие (III–IV) функциональные классы (ФК) хронической недостаточности кровообращения (ХСН) ФК ХСН по NYHA (46,2 против 18,5%, p=0,001) и повторный инфаркт миокарда в анамнезе (22,6 против 7,1%, p=0,010). При эхокардиографии у женщин с МР были больше индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе ЛЖ (30,7±3,0 против 27,2±2,7 мм/м^2). В группе с МР чаще выявляли снижение фракции выброса ЛЖ (54,7 против 17,9%, оба p<0,001). Локализация постинфарктного кардиосклероза у женщин с МР чаще была сочетанной (33,3 против 17,4%, p=0,035). По данным коронарной ангиографии стенозы ствола левой коронарной артерии выявляли только у пациенток с МР (9,4 против 0%, p=0,008). Мультивариантный анализ показал независимую связь МР у женщин с увеличением ФК ХСН (ОШ 4,26; 95%ДИ 1,40–12,88; p=0,010) и индекса размера ЛЖ (ОШ 1,64; 95%ДИ 1,24–2,17; p=0,001), то есть с параметрами, характеризующими глобальное патологическое ремоделирование ЛЖ.

В сравнении с мужчинами без МР у мужчин с МР были выявлены более высокие (III–IV) ФК ХСН по NYHA (33,3 против 10,9%, p<0,001), мужчины с МР чаще демонстрировали повторный инфаркт миокарда в анамнезе (15,8 против 9,7%, p=0,031), однако уровень общего холестерина у них был ниже (5,1±1,3 против 5,5±1,2 ммоль/л, p=0,001). При эхокардиографии у мужчин с МР отмечали больший размер асинергии ЛЖ (34,7±15,4 против 24,4±12,8%), индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе левого предсердия (23,2±2,6 против 20,4±1,8 мм/м^2, оба p<0,001). В группе мужчин с МР чаще выявляли снижение сократительной способности ЛЖ (73,2 против 27,2%, p<0,001), поражение правой коронарной артерии (59,0 против 43,8%, p=0,001). Были выявлены независимые связи МР со стенозом правой коронарной артерии (ОШ 2,14; 95% ДИ 1,18–3,87; p=0,012), увеличением индекса размера левого предсердия (ОШ 1,87; 95% ДИ 1,57–2,23; p<0,001), снижением фракции выброса ЛЖ (ОШ 0,93; 95% ДИ 0,90–0,97; p<0,001) и уровня общего холестерина (ОШ 0,69; 95% ДИ 0,54–0,89; p=0,003), а также со снижением индекса толщины задней стенки ЛЖ (ОШ 0,51; 95% ДИ 0,32–0,81; p=0,004). Самой сильной была связь МР со стенозом правой коронарной артерии, что позволяет сделать вывод о преобладании у мужчин 2-го механизма формирования МР.

Заключение. У женщин с ПИКС МР связана с параметрами, характеризующими глобальное патологическое ремоделирование ЛЖ (1-й механизм формирования МР при ИБС), у мужчин с ПИКС — преимущественно с поражением правой коронарной артерии (2-й механизм формирования МР при ИБС).

326 ПАРАМЕТРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ПО ДАННЫМ "РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ")

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А.

Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Дилатация правого желудочка (ПЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) имеет большое значение, поскольку может быть связана как с посткапиллярной легочной гипертензией, развившейся в результате дисфункции левого желудочка, так и с инфарктом миокарда (ИМ) ПЖ, который сопровождает до 50% ИМ нижней локализации. Однако клинико-функциональные ассоциации дилатации ПЖ у больных ИБС изучены недостаточно.

Цель. Выявить факторы, связанные с дилатацией ПЖ у больных ИБС.

Материал и методы. Из 16839 пациентов, включенных в "Регистр проведенных операций коронарной ангиографии"©, были отобраны больные с гемодинамически значимыми коронарными стенозами (≥75% просвета как минимум одной артерии) без пороков сердца: 8725 пациентов без дилатации ПЖ (поперечный размер выводного тракта ПЖ≤27 мм) и 498 с дилатацией ПЖ (поперечный размер выводного тракта ПЖ≥30 мм).

Результаты. Большинство обеих групп составляли мужчины, но достоверно больше их было в группе с дилатацией ПЖ (86,6 против 76,2%, p<0,001). Больные с дилатацией ПЖ чаще страдали ожирением (79,5 против 62,1%), демонстрировали более высокие (III–IV) классы хронической сердечной недостаточности по классификации NYHA (18,4 против 13,4%, p<0,001) и нарушения сердечного ритма (42,8 против 20,4%, p<0,001) при более редких тяжелых (III–IV) функциональных классах стенокардии напряжения (31,1 против 41,3%, p=0,008). Дислипидемию в этой группе также выявляли реже (87,6 против 91,6%, p=0,003). При эхокардиографии у пациентов с дилатацией ПЖ фракция выброса левого желудочка была ниже (56,0±4,6 против 60,2±4,6%, p=0,001), дилатация его встречалась чаще (11,6 против 4,9%, p<0,001), а размер асинергии был меньше (7,6 против 10,5%, p<0,001). По данным коронарной ангиографии у больных с дилатацией ПЖ реже поражались передняя межжелудочковая (27,5 против 34,6%, p=0,001) и огибающая ветви левой коронарной артерии (0,8 против 2,1%, p=0,024), реже встречались многососудистые поражения (45,5 против 58,4%, p<0,001). Независимую связь с дилатацией ПЖ продемонстрировали увеличение индекса массы миокарда, нарушения сердечного ритма, ожирение, более тяжелый ФК ХСН по NYHA, более низкий ФК стенокардии напряжения, меньшая частота дислипидемии, а также мужской пол.

Заключение. Клинико-функциональные связи дилатации ПЖ (прямые — с ожирением, более выраженной ХСН, нарушениями сердечного ритма, и обратные — с тяжестью стенокардии напряжения и частотой дислипидемии) указывают на присутствие неишемического компонента в генезе дилатации ПЖ у больных ИБС.

327 ПАРАМЕТРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ (ПО ДАННЫМ "РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ")

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А.

Филиал ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

По данным аутопсии инфаркт миокарда (ИМ) правого желудочка (ПЖ) сопровождает до 50% ИМ нижней локализации, в реальных же клинических условиях ИМ ПЖ диагностируется гораздо реже. Дилатация ПЖ как один из основных признаков ИМ ПЖ важна при идентификации группы высокого риска осложнений и госпитальной смертности среди больных ИБС с ИМ. Однако клинико-функциональные ассоциации дилатации ПЖ у больных ИБС с ИМ изучены недостаточно.

Цель. Выявить факторы, связанные с дилатацией ПЖ у больных ИБС с перенесенным ИМ.

Материал и методы. Из 16839 пациентов, включенных в "Регистр проведенных операций коронарной ангиографии"©, были отобраны больные ИБС с анамнестическим ИМ без пороков сердца: 1263 пациента без дилатации ПЖ (диастолический размер выводного тракта ПЖ≤26 мм) и 99 с дилатацией ПЖ (диастолический размер выводного тракта ПЖ≥30 мм).

Результаты. В группе с дилатацией ПЖ было больше мужчин (97,0% против 89,6%, p=0,018), средний индекс массы тела пациентов этой группы был выше (31,0±5,1 кг/м^2 против 29,4±4,6 кг/м^2, p=0,003). Больные с дилатацией ПЖ чаще демонстрировали более высокие (III–IV) функциональные классы (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) (50,5% против 17,4%, p<0,001) и нарушения сердечного ритма (45,5% против 17,8%, p<0,001). При эхокардиографии у пациентов с дилатацией ПЖ были выше индексы линейных размеров полостей сердца и массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) (136,0±31,0 г/м^2 против 168,4±44,5 г/м^2), в этой группе чаще выявляли снижение сократительной способности ЛЖ (фракция выброса ЛЖ <50% — 71,7% против 32,9%), а также гемодинамически значимую митральную регургитацию (52,5% против 12,4%, все p<0,001). По данным коронарной ангиографии у больных с дилатацией ПЖ реже поражалась диагональная ветвь левой коронарной артерии (5,1% против 12,1%, p=0,035). По результатам мультивариантного анализа независимую связь с дилатацией ПЖ продемонстрировали мужской пол (ОШ=4,75; 95%ДИ 1,37–16,47; p=0,014), увеличение индексов массы миокарда (ОШ=2,80; 95%ДИ 1,37–5,74; p=0,005) и массы тела (ОШ=1,07; 95%ДИ 1,02–1,13; p=0,011), митральная регургитация 2 степени и выше (ОШ=2,67; 95%ДИ 1,72–4,16; p<0,001), снижение сократительной способности миокарда (ОШ=2,41; 95%ДИ 1,38–4,23; p=0,002), нарушения сердечного ритма (ОШ=1,79; 95%ДИ 1,05–3,03; p=0,031) и более тяжелые ФК по NYHA (ОШ=1,70; 95%ДИ 1,15–2,51; p=0,008).

Заключение. Дилатация ПЖ у пациентов с перенесенным ИМ связана не с локализацией или распространенностью коронарных поражений, а преимущественно с мужским полом, увеличением индекса массы тела и параметрами, характеризующими морфофункциональное состояние ЛЖ.

328 ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ДИССИНХРОНИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Ярощук Н. А.[1], Кочмашева В. В.[2], Дитятев В. П.[3], Кербиков О. Б.[4]

[1]ГБУЗ СО "Городская больница № 3 г. Каменск-Уральский", Каменск-Уральский; [2]ГБУЗ СО "Свердловская областная клиническая больница № 1", Екатеринбург; [3]ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия", Екатеринбург; [4]ФГБУ "ФНКЦ ФМБА России", Москва, Россия

Развитие сердечной недостаточности у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, связано, прежде всего, с нарушением насосной функции. Существующие сегодня показатели систолической функции недостаточно полно отражают характер изменений, происходящих в миокарде. Гемодинамическая эффективность систолы во многом зависит от согласованности синхронности различных сегментов левого желудочка. В связи с этим актуальной является задача изучения внутрижелудочковой диссинхронии у пациентов ИМ.

Цель. Изучение показателей внутрижелудочковой диссинхронии у пациентов ИМ и у лиц без признаков кардиологической патологии.

Материал и методы. Обследовано 82 пациента с ОИМ и 65 человек контрольной группы (КГ). Возраст составил 52±21 год.

Эхокардиография проводилась на аппарате IE 33 (Philips). Оценка дисснхронии проводилась с использованием трехмерного режима в реальном времени. Для оценки степени диссинхронии использовался показатель Tmsv 16-SD — индекс систолической диссинхронии (ИСД). Критерии исключения: ХСН II и выше (NYHA), клапанные пороки сердца, нарушение проводимости, имплантированные ЭКС, фибрилляция предсердий.

Результаты. ИСД в группе больных ОИМ составил 6, 8±2, 7%, в контрольной группе –2,9±1,6%. Получено достоверное различие показателей в обеих группах (p <0,001).

При анализе диссинхронии в зависимости от пола были получены следующие данные: у представителей группы ИМ: мужчины 5,2 (4,3–5,3), женщины 5,7 (4,7–5,7) (p=0,06)

Среди представителей КГ: мужчины –1,8 (1,6–3,4) женщины: 1,8 (1,6–2,2) (p=0,3).

При анализе распределения ИСД в различных возрастных группах от 25 до 65 лет различия и в основной и в контрольной группе были статистически не значимы (p>0,05),

ИСД увеличивается, и становиться достоверно различным у пациентов от 65 лет и старше (p<0,01) не только среди пациентов с ИМ, но среди представителей КГ.

Заключение. Значения диссинхронии достоверно различны у пациентов с ИМ и у лиц без признаков кардиологической патологии. Не получено различия степени диссинхронии в зависимости от пола. В возрастных группах от 25до 65 лет различия в показателях диссинхронии недостоверны. У лиц от 65 и старше значения ИСД достоверно выше как у пациентов ИМ, так и у лиц без признаков кардиологической патологии.

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Абдуллаев А. Х., Аляви А. Л., Садыкова Г. А., Туляганова Д. К., Вахабова Л. М. . . . 3

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Абдуллаева Ч. А., Камилова У. К., Расулова З. Д., Ибабекова Ш. Р., Сафаева Л. Ш. . . . 3

НЕОДНОРОДНОСТЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ
Абрамова О. В. . . . 3

ВАРИАНТЫ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ
Абрамова О. В. . . . 4

МОНИТОРИНГ ТРЕНДА $P_{ET}CO_2$ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ
Агеева К. А., Абросимов В. Н. . . . 4

НИЗКОПОТОЧНАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕВОФЛЮРАНА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ
Агзамходжаев Т. С., Салиходжаев Ш. Н., Файзиев О. Я., Юсупов А. С., Нурмухамедов Х. К., Тохиров Ш. М., Углонов И М. . . . 5

ДЕКОМПЕСАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ
Агова О. М., Соколов И. М. . . . 5

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ
Агова О. М., Семенова О. Н., Соколов И. М. . . . 5

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА
Адилова Л. Р., Тюлькина Е. Е., Ляшко Е. С., Шифман Е. М., Лапочкина О. Б. . . . 6

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ВЗАИМОСВЯЗИ
Акимова Е. В., Каюмов Р. Х., Загородных Е. Ю., Гафаров В. В., Кузнецов В. А. . . . 6

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ
Акулова О. А. . . . 7

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Александров С. С., Тищенко В. И., Александров С. А., Аникин В. В. . . . 7

ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИСХОДНО СНИЖЕННОЙ СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ
Алексеева М. А., Миролюбова О. А., Яковлева А. С., Плотникова Е. В. . . . 8

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ И ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ИХ К САМООРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. . . . 8

НИТРЕСАН ПРИ СОЧЕТАННЫХ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЯХ
Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Чумбалова А. С., Тыналиева Ш. А., Апиева Н. И. . . . 8

К ОБОСНОВАННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ В-НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПРИ ХСН
Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Шарипов Р. С., Кадырова И., Турабекова Н. . . . 9

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Туреева Р. М., Ибрагимов Р. . . . 9

НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ОКРУЖНОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
Андреева И. А., Шепилова И. Б., Саламатина Л. В., Местецкий В. Н., Урванцева И. А. . . . 10

ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАРДИОМАРКЁРОВ ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
Андреева И. П., Григоренко В. Г., Осипов А. П. . . . 10

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМПАТИЛА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
Андреичева Е. Н. . . . 10

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМПАТИЛА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Андреичева Е. Н. . . . 11

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА И МУЖЧИН
Аникин В. В., Николаева Т. О., Изварина О. А. 11

СЕРДЕЧНЫЕ ДИЗРИМИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ КЛИМАКСЕ
Аникин В. В., Изварина О. А., Николаева Т. О. 12

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОВНОСТИ АОРТАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
Аркадьева Г. В., Бурлова Е. С., Кривцова Н. В., Кулагина Н. П. 12

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИКАРДИТА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ
Асеев А. В., Рясенский Д. С., Платонов Ю. Ф., Чернышева Ю. В., Кузнецова И. В. 13

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
Бадриева Ю. Н., Тетелютина Ф. К., Сушенцова Т. В. 13

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Бакирова Р. Е. 13

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Басырова И. Р., Кондратенко В. Ю., Исаева Е. Н., Либис Р. А. 14

АТЕРОСКЛЕРОЗ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ
Баталова А. А., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Агафонова Т. Ю. 14

КРАТКОСРОЧНОЕ ВЛИЯНИЕ ПИТАВАСТАТИНА НА ЭЛЛАСТИЧНОСТЬ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Батушкин В. В., Марущенко Е. Ю. 15

ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
Беззубцева М. В. 15

ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
Беззубцева М. В., Барбашина Т. А. 16

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИБС, АГ
Прибылова Н. Н., Семидоцкая И. Ю., Беззубцева М. В., Прибылов С. А., Панова С. О. 16

ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ
Бек Н. С. 16

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИОТРИАЗОЛИНА И ЭНЕРЛИВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, СОЧЕТАННЫМ СО СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ ИЛИ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ
Белая И. Е., Коломиец В. И. 17

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА
Беломеря К. В. 17

ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА
Белякова И. В., Мухина П. Н., Зеленина Е. В., Воробьева Н. А. 17

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕГУЛЯЦИЮ ГУМОРАЛЬНЫХ И ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ
Бершова Т. В., Баканов М. И., Басаргина Е. Н., Соловьева Ю. В., Шматкова Ю. В. 18

ОБУЧЕНИЕ В “ШКОЛЕ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТЫ” — ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ
Бешенцева И. М., Галин П. Ю. 18

ИЗУЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОРИГИНАЛЬНОГО РАЦЕМАТА НИБЕНТАНА
Блинова Е. В., Елизарова Ю. Н., Блинов Д. С., Мелешкин А. И., Сингх Л. Н., Грибанова Е. Н., Салямова Э. И. 19

АРИТМИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Богданов Д. В., Салашенко А. О., Палько Н. Н. 19

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Богданов Д. В. 20

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИБС
Богунецкий А.А. 20

КУБАНСКИЙ РЕГИСТР ОСТРЫХ АОРТАЛЬНЫХ ДИССЕКЦИЙ ТИП А (КУБРАДА)
Болдырев С.Ю., Белаш С.А., Россоха О.А., Ким Г.И., Барбухатти К.О., Порханов В.А. 20

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПАССИВНОМ ОРТОСТАЗЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Боронова В.Б., Протасов К.В. 21

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ СДВИГИ ВО ВРЕМЯ ТИЛТ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Боронова В.Б., Протасов К.В. 21

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Бортный Н.А. 22

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д., Мирошник Е.В., Инарокова А.М., Дроздецкий С.И., Нечаева Г.И., Сибирева В.В. . . . 22

ВЛИЯНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ИНФОРМАЦИИ НА ПРОДОЛЖЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УДАЛЕННОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ЦЕНТРА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Булаева Ю.В., Наумова Е.А, Семенова О.Н. 22

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ РЕЙТИНГ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ МИКРОВОЛЬТНОЙ АЛЬТЕРНАЦИИ Т-ВОЛНЫ
Вайханская Т.Г., Коптюх Т.М., Сидоренко И.В., Курушко Т.В., Геворкян Т.Т., Фролов А.В. 23

СКРИНИНГОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАННИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
Васильева Л.В., Булат А.А. 23

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Васильев А.П., Стрельцова Н.Н. 24

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Вахмистрова Т.К., Вдовенко Л.Г., Пинес А.Л., Третьякова Л.В., Лопина Е.А. 24

ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
Вахрушева Ю.В., Миролюбова О.А., Яковлева А.С. 25

ВЕГЕТАТИВНАЯ “ЦЕНА” НОРМАЛИЗАЦИИ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛИЗИНОПРИЛА
Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Евсеев М.Е. 25

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
Вершинина А.М., Реут Ю.С., Гапон Л.И., Третьякова Н.В., Копылова Л.Н., Кожурина А.О. 25

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА: ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
Винокурова Т.В., Милованова Е.В. 26

СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Гайдарова А.Х., Котенко Н.В., Разинкин С.М., Князева Т.А. 26

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Галин П.Ю., Мельникова О.С. 27

ПРЕДИКТОРЫ ТЕМПОВ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Гаспарян С.С., Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернавский С.В. 27

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ
Гасташева М.А., Кутенкова И.В., Мкртчян В.Р. 27

РИСК ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ Г.НОВОСИБИРСКА ИСПЫТЫВАЮЩИХ СТРЕСС В СЕМЬЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ “МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ”
Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. 28

СТРЕСС НА РАБОТЕ И РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ Г.НОВОСИБИРСКА: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ “МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ”
Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. 28

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА В ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Глухова Т. С., Осипова О. Н. 29

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ДОЗ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПЕРИНДОПРИЛА И ЭНАЛАПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ПАРАМЕТРЫ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I–II СТЕПЕНИ
Гонтаренко С. В., Морозова Т. Е. 29

О ВЛИЯНИИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА
Горбунова С. И., Сергеева В. Н., Захарьян Э. С. 29

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ОЦЕНКОЙ ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Григоричева Е. А., Бондарева Ю. Л., Тышкевич Е. А., Коломейчук О. М., Кузнецова А. С. 30

ГЕНТСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА МАРФАНА И МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА В МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Григоричева Е. А., Лукманова Г. Р., Барышева В. О., Истомина И. В. 30

АДИПОКИНЫ КАК МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ СТЕНОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Гриценко О. В., Чумакова Г. А., Веселовская Н. Г. 31

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
Губич Т. С., Суджаева С. Г., Суджаева О. А., Казаева Н. А. 31

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АДВЕНТИЦИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКИМ И ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ
Губская П. М., Вебер В. Р., Рубанова М. П., Карев В. Е., Жмайлова С. В., Атаев И. А. 32

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ, ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИИ
Давыдова С. С., Комиссаренко И. А. 32

КОМПЬЮТЕРНАЯ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Даушева А. Х. 32

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН С ИБС ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
Дедов Д. В., Эльгардт И. А., Рязанова С. В., Мазаев В. П., Евтюхин И. Ю., Ковальчук А. Н. 33

КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ
Деменко Т. Н., Чумакова Г. А. 33

РОЛЬ КОМОРБИДНОСТИ И ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТЕНТНОЙ ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА
Денисова М. В., Батушкин В. В. 34

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С РАЗВИТИЕМ СЕРЬЕЗНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Дергачева Ю. Е., Жиляев Е. В. 34

ФИБРИНОГЕН КАК ФАКТОР СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Долгополова Д. А., Юсупова А. Б. 35

ЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ ЖИР И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Драпкина О. М., Кабурова А. Н. 35

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕПТИДА ПРОКОЛЛАГЕНА III С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА
Драпкина О. М., Зятенкова Е. В., Корнеева О. Н. 35

СТРУКУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО
Драпкина О. М., Зятенкова Е. В., Корнеева О. Н. 36

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АТЕРОГЕННОСТИ ДИЕТЫ И ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА
Дробот Е. В. 36

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
Дружилов М. А., Бетелева Ю. Е., Кузнецова Т. Ю. *36*

ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ
Дружилов М. А., Отмахов В. В., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю. *37*

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИВАБРАДИНА
Дурнецова О. С., Морозова Т. Е., Кухтина Н. Б. *37*

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ВАЛСАРТАНА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА
Душина А. Г., Либис Р. А., Баталина М. В., Морозова О. Л. *38*

ПРЕГИПЕРТЕНЗИЯ И МЕНТАЛЬНЫЙ СТАТУС ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Евсевьева М. Е., Мищенко Е. А., Сергеева О. В., Галькова И. Ю., Чолахсавов С. К. *38*

ОТЯГОЩЁННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ НАГРУЗКИ У СТУДЕНТОВ В АСПЕКТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МОЛОДЁЖИ
Евсевьева М. Е., Галькова И. Ю., Григорян З. Э., Вернигорова Ж. И., Андросова Т. А. *39*

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ: АСПЕКТЫ СКРИНИНГА
Евсевьева М. Е., Смирнова Т. А., Барабаш И. В., Коновалова Н. М., Чмелёва О. А. *39*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Евсевьева М. Е., Сергеева О. В., Галькова И. Ю., Добросельский В. Н., Костина Л. В. *39*

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ТРУДОСПОСОБНЫХ ЛИЦ
Евсевьева М. Е., Шимоненко С. Э., Власянц Е. А., Ващенко И. В., Боцвина Л. В. *40*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С УЧЁТОМ ИХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА
Евсевьева М. Е., Галькова И. Ю., Смирнова Т. А., Чолахсавов С. К., Барабаш А. В. *40*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2
Елизарова И. О., Батищева Г. А., Великий А. В. *41*

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Елисеева А. А., Блинова В. В. *41*

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ
Еремина М. А., Трегубов В. Г. *41*

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ
Еремина М. А., Трегубов В. Г. *42*

ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ
Есимбекова Э. И. *42*

ПРОФИЛАКТИКА НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ
Есина Е. Ю., Зуйкова А. А., Сибирских М. С. *42*

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА
Жанатаева Л. Л., Инарокова А. М., Шарданов Н. А. *43*

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Желтова И. Н., Сукманова И. А. *43*

ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Жигула З. М., Ларёва Н. В. *43*

ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Жигула З. М., Коноплева С. В., Жапова Н. Б. *44*

НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО СЛОЯ АОРТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКПЕРИМЕНТЕ
Жмайлова С. В., Рубанова М. П., Вебер В. Р., Губская П. М., Прошина Л. Г., Румянцев Е. Е. *44*

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Жукова Н. В., Крючкова О. Н., Костюкова Е. А., Кривошеева И. М. *45*

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q
Жумамуратова Н. С., Халмухамедова С. М., Шоалимова З. М. 45

ДИНАМИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Забелина И. В., Потапова Е. И., Кононыхина Н. В. 46

КОРРЕЛЯЦИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ
Загребаев Е. А., Искендеров Б. Г. 46

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ НА УЛЬТРАМИКРОСКОПИЧЕСКУЮ СТРУКТУРУ КАРДИОМИОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ
Заднипряный И. В., Третьякова О. С., *Сатаева Т. П.* 47

СТРУКТУРНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАМЕР СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ
Затолока Н. В., Булгак А. Г., Тарасик Е. С., Ковш Е. В., Кругликова М. А. 47

6-ГИДРОКСИМЕЛАТОНИН СУЛЬФАТ И НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Затолока Н. В., Булгак А. Г., Тарасик Е. С., Русских И. И., Микулич З. И. 47

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х
Захарова О. В., Болдуева С. А., Леонова И. А. 48

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Зверева С. И., Рябова Е. А. 48

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ
Зязина В. О., Кузнецов С. И. 49

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА
Ибатов А. Д. 49

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И КУРЕНИЕ
Ибатов А. Д. 49

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ КАЗАХСТАНА
Ибраева Л. К., Бакирова Р. Е., Ажиметова Г. Н., Аманбекова А. У. 50

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ КАЗАХСТАНА
Ибраева Л. К., Бакирова Р. Е., Ажиметова Г. Н., Аманбекова А. У. 50

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Искендеров Б. Г., Сисина О. Н., Фаткабрарова А. М. 51

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА
Искендеров Б. Г., Сисина О. Н., Будаговская З. М., Фаткабрарова А. М. 51

ТИПЫ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С ИБС И С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА (ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)
Исмаилова Н. Р., Султанова С. С., Мусаева А. В., Гаджиева Г. Г. 51

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В МИОКАРДЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю. 52

СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРСИСТИРОВАНИЯ СЕПСИСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ОПЕРАЦИИ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА
Казаева Н. А., Суджаева С. Г., Губич Т. С., Суджаева О. А. 52

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Камилова У. К., Алиева Т. А. 53

СУТОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ПРИЗНАКАМИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
Каминская Т. В., Авраменко Т. В. 53

РОЛЬ НОВЫХ МАРКЕРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Каминская Т. В., Авраменко Т. В. 53

ИЗУЧЕНИЕ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Капакова М. А.. 54

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Каражанова Л. К., Аймагамбетова А. О. 54

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУТАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА H1/H2 В ГЕНЕ P2RY126 У БОЛЬНЫХ ИБС КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ
Каражанова Л. К., Жукушева Ш. Т. 55

АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Каражанова Л. К., Есимбекова Э. И., Капакова М. А., Жукушева Ш. Т. 55

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, КАК МАРКЕРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА
Карташова И. В. 56

ПАРАМЕТРЫ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО В ОТНОШЕНИИ ИШЕМИИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА СОННЫХ АРТЕРИЙ
Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н. 56

ВЫПОЛНЕНИЕ АМБУЛАТОРНЫМИ БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НАЗНАЧЕННЫХ ВРАЧОМ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ
Каулина Е. М.. 56

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И МАКРОЭЛЕМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Каштанова Е. В., Полонская Я. В., Кургузов А. В., Чернявский А. М., Каменская О. В., Рагино Ю. И.. 57

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА — РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫСОКИХ УРОВНЕЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Каюмова М. М., Гафаров В. В., Акимова Е. В. 57

МИКРОАНГИОГАСТРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Килесса А. В. 58

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОПУЛЬМОНОЛОГИИ
Килесса В. В. 58

ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Ким Л. Б., Путятина А. Н. 58

ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
Киргизова М. А.., Рябов В. В. Суслова Т. Е., Марков В. А., Попов С. В., Карпов Р. С.. 58

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
Киршева Э. К., А. А. Осипенко, Макеева Е. Р., Ларионова Н. В.. 59

ИЗМЕНЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДО И ПОСЛЕ ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРЫ “ЛАБИРИНТ”
Кистенева И. В., Баталов Р. Е., Усенков С. Ю., Попов С. В., Саушкина Ю. В., Минин С. М., Ефимова И. Ю., Лишманов Ю. Б. 59

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА
Кожокарь К. Г., Горьков А. И., Саламатина Л. В., Урванцева И. А. 60

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ И ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
Комиссарова С. М., Мельникова О. П., Геворкян Т. Т., Устинова И. Б., Севрук Т. В. 60

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И КЛИНИКОЙ СТЕНОКАРДИИ
Константинов Д. Ю., Галин П. Ю. 61

АНАЛИЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ
Конышко Н. А., Морозова Т. Е. 61

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Конышко Н. А., Морозова Т. Е. 61

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ЛИЦ С РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ
Копылова Н. В.. 62

ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ
Копылов В. Ю., Белова М. А., Копылов Ю. Н.. 62

СТЕПЕНЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ КАНАЛЬЦЕВОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЧЕК У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ
Копылов В. Ю., Копылов Ю. Н., Белова М. А.. 63

РАЗЛИЧИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦЕВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Копылов В. Ю., Копылова Н. В. 63

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ — ЕСТЬ ЛИ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ?
Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю. 63

ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Корнеева Е. В. 64

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Королёва Е. В., Кратнов А. Е., Тимганова Е. В., Лимонова О. А., Назарова Е. А.. 64

ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНАТОМИИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ИБС
Корягина Н. А., Василец Л. М., Туев А. В., Петрищева А. В. 65

ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ТРОМБОДИНАМИКА КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ
Кремлёва Ю. М., Гарганчук Е. Н., Воробьева Н. А. 65

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО ХОДА СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Крюков Н. Н., Милевская И. В., Курпита А. Ю. 65

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Крючкова О. Н., Костюкова Е. А., Лебедь Е. И. Ицкова Е. А., Мудрицкая Т. Н., Турна Э. Ю.. 66

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю.. 66

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПИТАВАСТАТИНА ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю.. 67

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ РИТМОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Кудинова Е. В., Васильева Л. В. 67

РИСК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АОРТЫ У РАБОТНИКОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБЛУЧЕНИЮ
Кузнецова К. В., Банникова М. В., Азизова Т. В. 67

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА ЭНАПА НА СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АОРТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Кулик Н. А., Рубанова М. П., Вебер В. Р., Губская П. М., Жмайлова С. В., Белозеров В. К., Горицына В. Е., Сухенко И. А.. 68

СВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В КРОВИ С РАННИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА
Курлянская Е. К., Трофимова Т. А., Денисевич Т. Л., Русских И. И. 68

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Курышева М. А., Канева Н. Ю., Репина С. С., Селин А. В., Требунский К. С.. 68

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Лахин Д. И., Васильева Л. В. 69

АДИПОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ КАК ВАЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ
Лебедева Е. Н. 69

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛЕПТИНА, РЕЗИСТИНА, АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
Лебедев П. А., Матееску К. А., Малкова О. О., Щербакова Н. Ф. 70

ПОКАЗАТЕЛИ 15-ТИ ЛЕТНЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Лебедь И. Г., Руденко Н. Н., Ханенова В. А., Лебедь Е. И.. 70

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ, В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Леванова Т. В., Меньшикова И. Г., Квасникова Ю. В., Скляр И. В., Магаляс Е. В. 70

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА
Леушина Е. А., Чичерина Е. Н. 71

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СКРЫТЫМИ ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ МАССОВОЙ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОФЛЮОРОГРАФИИ
Лещук Т. Ю., Гельберг И. С. 71

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ММП-1 И ТИМП-1 В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВВЕДЕНИИ ПЕРИНДОПРИЛА И МЕЛАТОНИНА
Лискова Ю. В., Стадников А. А., Саликова С. П. 72

КОНЦЕНТРАЦИЯ ВАЗОАКТИВНЫХ МОЛЕКУЛ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВЛИЯНИЕ НА ИХ ПРОДУКЦИЮ КЛЕТКАМИ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО СВЧ-ИЗЛУЧЕНИЯ
Логаткина А. В., Хадарцев А. А. 72

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Логвинова В. И., Сомова А. А., Михайлов И. В., Барбухатти К. О. 73

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Иванчукова М. Г. 73

ФАКТОРЫ, МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ТАКТИКУ ДИНАМИЧЕСКИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОЛОСТЕЙ И ПЕРИКАРДА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Лихтер Т. А. 73

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКАРДИОТОМНОГО СИНДРОМА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
Лохина Т. В., Казанцева Л. В. 74

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИЧЕСКОГО АНАЛОГА МЕЛАТОНИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СНА
Лутай Ю. А., Крючкова О. Н., Ицкова О. А., Лебедь Е. И., Турна Э. Ю. 74

ДИНАМИЧЕСКАЯ КОНТРАСТИРОВАННАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ КАРОТИДНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК У ЛИЦ С АТРОСКЛЕРОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ
Максимова А. С., Бобрикова Е. Э., Роговская Ю. В., Буховец И. Л., Плотников М. П., Усов В. Ю. 75

МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СТЕНКИ АОРТЫ С ПОМОЩЬЮ КОНТРАСТНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
Максимова А. С., Бабокин В.Е, Буховец И.Л, Бобрикова Е. Э., Роговская Ю. В., Лукьяненок П.И, Усов В. Ю. 75

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
Максимова А. С., Буховец И.Л, Плотников М. П., Кузнецов М. С., Козлов Б. Н., Усов В. Ю. 75

ИЗУЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИНДОПРИЛА АРГИНИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Максютова А. Ф., Максютова Л. Ф., Фрид С. А., Максютова С. С., Фаррахова Ф. И., Акманова З. А., Кудрявцева И. В., Дмитриева Н. М. 76

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Малева О. В., Трубникова О. А., Мамонтова А. С., Барбараш О. Л. 76

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРД ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА
Малик Ю. Ю., Федонюк Л. Я., Семенюк Т. А., Пентелейчук Н. П. 77

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Малхасьян М. В., Павлов П. И., Горгун А. Г. 77

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИЙ ВАЛСАРТАНА С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ И ВАЛСАРТАНА С АМЛОДИПИНОМ В СНИЖЕНИИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА
Малышева Е. В., Маянская С. Д., Абдрахманова А. И. 78

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ВЫБОР ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯМИ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Маль Г. С., Звягина М. В., Летова И. М. 78

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У СПОРТСМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
Масленникова О. М., Резниченко Т. А., Мегерян С. Д., Лобза Г. А. 78

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ 2 НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Матвеева С. А. . . . 79

ГЕТЕРОГЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГЛЮКОЗОЙ КРОВИ И АЦЕТИЛЯТОРНЫМ СТАТУСОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Матвеева С. А. . . . 79

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ СОННЫХ АРТЕРИЙ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА
Матросова И. Б., Мельникова Е. А., Олейников В. Э. . . . 80

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК
Мацкевич С. А., Барбук О. А., *Бельская М. И., Серченя Т. С.* . . . 80

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОДВЕРГНУТЫХ ТРОМБОЛИЗИСУ
Мензоров М. В., Шутов А. М., Климова Т. В., Михайлова Е. В., Морозова И. В. . . . 80

ДИНАМИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Меньшикова И. Г., Магаляс Е. В., Скляр И. В., Леванова Т. В. . . . 81

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Меньшикова И. Г., Леванова Т. В., Скляр И. В., Квасникова Ю. В. . . . 81

ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Мизурова Т. Н., Светлова Н. А., Токарева З. Н. . . . 82

ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК
Минаков Э. В., Овсянникова В. В. . . . 82

ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРАСТИРОВАННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА В ПРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ РЕГРЕССА НЕТРАНСМУРАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДЕСИМПАТИЗАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ
Мочула О. В., Ситкова Е. С., Баев А. Е., Мордовин В. Ф., Усов В. Ю. . . . 83

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ В 2010–2013 ГОДАХ
Мощенко Ю. П., Сапотницкий А. В. . . . 83

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ В АНАМНЕЗЕ
Мравян С. Р., Петрухин В. А., Пронина В. П., Федорова С. И. . . . 83

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРАПИДИЛА ПРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Мудрицкая Т. Н., Калиновский О. А., Бражко В. П., Гриценко Д. С. . . . 84

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ТЕРАПЕВТОВ ПО ВОПРОСАМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Муромкина А. В., Назарова О. А., Мясоедова С. Е. . . . 84

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И КОРРИГИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Мухарлямов Ф. Ю., Бадтиева В. А., Иванова Е. С. . . . 85

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛЬНЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
Мухарлямов Ф. Ю., Иванова Е. С. . . . 85

ГРАНДАКСИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Мясоедова Е. И., Семенова М. К., Копнина М. Ю. . . . 85

ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ
Нажалкина Н. М., Трегубов В. Г. . . . 86

ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ
Нажалкина Н. М., Трегубов В. Г. . . . 86

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ СРЕДИ СТУДЕНТОК РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ
Назаркина М. Г., Котляров А. А., Ванькова Л. В. . . . 86

АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ ЗА 24 ЧАСА ЗАПИСИ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ
Назарова Е. А., Кратнов А. Е., Кузнецов Ю. А. . . . 87

ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Напалкова О. С., Эмануэль В. Л., Карпенко М. А., Березовская Г. А., Яковлев А. Н., Юдина В. А., Васильева Е. Ю., Лапин С. В., Хышова Н. А. 87

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОТТОРЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА
Насырова А. А., Шевченко А. О., Тюняева И. Ю., Наумова М. А. 88

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
Науменко Е. И., Тумаева Т. С. 88

ВЛИЯНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТЕРАПИЕЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Наумова Е.А, Булаева Ю. В., Семенова О. Н. 88

МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОЛИКЛИНИКАХ И ЧАСТНЫХ КЛИНИКАХ
Наумова Е. А., Семенова О. Н. 89

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИ ПОДБОРЕ ДОЗЫ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Нелипа Е. А., Донников М. Ю., Саламатина Л. В., Урванцева И. А. 89

ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА АРИФОНА РЕТАРД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Нерсесян З. Н., Овчаренко С. И., Морозова Т. Е. 90

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ
Нешин С. Г., Матвеева В. В. 90

ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Нилова С. А., Нилова М. Б. 90

РИСК РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Хабижанов Б. Х., Нургалиева Ж. Ж., Ильмуратова С. Х. 91

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Нурмухамедов А. И., Абдуллаев А. Х., Туляганова Д. К., Турсунбаев А. К. 91

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА
Олейник Е. А., Либис Р. А., Баталина М. В. 92

ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ТЕХНОЛОГИЕЙ ДВУХМЕРНОГО СТРЕЙНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАКТОМ МИОКАРДА
Олейников В. Э., Галимская В. А., Романовская Е. М. 92

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Олемпиева Е. В., Халимова О. Н., Нешин С. Г., Филев В. И., Сальниченко В. И. 92

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Оленко Е. С., Киричук В. Ф., Кодочигова А. И., Журкин И. Г. 93

ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ СТАТИНОВ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ
Осадчук М. А., Корженков Н. П., Буторова Л. И., Солоденкова К. С., Кузнецова С. Ю. 93

ТОЧКИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ
Петрищева А. В., Корягина Н. А., Петрищева Г. П. 94

ПЕРЦЕПЦИЯ БОЛИ И УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х
Петрова В. Б., Петрова А. Б., Болдуева С. А. 94

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
Петрова М. Н. 94

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЯМИ ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ
Пикулина Н. Е., Руденко А. В., Корнеева Е. В. 95

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Поварницина С. С., Гарифуллина О. П., Кардапольцева М. М. 95

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АНТИОКСИДАНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Полонская Я. В., Каменская О. В., Каштанова Е. В., Стахнёва Е. М., Садовский Е. В., Кургузов А. В., Чернявский А. М., Рагино Ю. И. 96

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Полякова О. М., Козлов Я. С., Баталин В. А., Галин П. Ю., Баталина М. В. 96

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГЕСТАЦИОННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
Попов А. Д., Баязитова О. Е., Зуевская Т. В., Сафарова О. А., Чегус Л. А., Чёрная Е. Е. 96

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА
Попова Т. А., Хайрединова О. П., Первова Н. Г., Нагорнова Н. А., Пьянкова Е. Э., Зобнина А. В. 97

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДИКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ-ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ
Прокопова Л. В., Кашуба С. М., Ситникова М. Ю. 98

ПАЦИЕНТАМ ВЫСОКОГО РИСКА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST РЕЖЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ, УЛУЧШАЮЩЕЕ ВЫЖИВАЕМОСТЬ В КРАТКОСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ
Посненкова О. М., Киселев А. Р., Попова Ю. В., Волкова Е. Н., Гриднев В. И., Довгалевский П. Я. 98

ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Пустоветова М. Г., Пионтковская К. А. 98

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ГОСПИТАЛЬНОЙ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ГОРОДА КИРОВА
Пьянков В. А., Чуясова Ю. К., Кочкин Д. В., Чепурных А. Я. 99

СВЯЗЬ ГЕТЕРОГЕННОСТИ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ В МИОКАРДЕ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ СЕРДЦА
Разин В. А., Гимаев Р.Х, Сапожников А. Н., Чернышева Е. В., Низамова Л. Т., Крестьянинов М. В. 99

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПОЗДНИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН, ВЫПОЛНЕННОЙ В ХОДЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Рахматуллов А. Ф., Искендеров Б. Г. 100

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ АРИТМОГЕННЫХ ЗОН У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
Рахматуллов А. Ф., Искендеров Б. Г. 100

АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Рахматуллов Ф. К., Климова С. В., Зиновьева Е. Г., Бурмистрова Л. Ф., Бибарсова А. М., Рудакова Л. Е., Шибаева Т. М., Беляева Ю. Б., Дятлов Н. Е., Савина О. В. 100

СРАВНЕНИЕ РАСЧЕТНЫХ СПОСОБОВ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Резник Е. В., Сторожаков Г. И. 101

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ***C825T*** ГЕНА ***GNB3*** С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Резник Е. В., Носиков В. В., Гендлин Г. Е., Сторожаков Г. И. 101

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ***GLN27GLU*** ГЕНА ***ADRB2*** С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Резник Е. В., Солтис С. Ю., Носиков В. В., Гендлин Г. Е., Сторожаков Г. И. 102

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, РАБОТАЮЩИХ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ
Романова Н. А. 102

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА
Романова Н. А., Липатова Т. Е., Поварова Т. В., Хаханова М. А., Гоголь К. В. 102

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Рубаненко О. А. 103

АКТИВНОСТЬ ВАЗОМОТОРНОГО ЦЕНТРА У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ
Рубанова М. П., Вебер В. Р., Губская П. М., Жмайлова С. В., Кулик Н. А. 103

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО СИНТЕЗА, НАКОПЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС
Руденко Н. С. 104

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛЕВЫМ УРОВНЕМ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫМ СОКРАЩЕНИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Сабирова Э. Ю., Гончар М. В. *104*

ИНФОРМАТИВНОСТЬ БИОМАРКЕРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА ST
Сейдуалиева Б. С., Жангелова М. Б., Атабаева Г. Г., Флатова Н. А. *104*

ВЫБОР МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТАМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Семенова О. Н., Наумова Е. А. *105*

ПОСЛОЙНОЕ СТРОЕНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ ПРИ ИХ ИССЛЕДОВАНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ И ЛАЗЕРНОЙ ПОЛЯРИМЕТРИИ
Семенюк Т. А., Малик Ю. Ю., Пентелейчук Н. П. *105*

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕННОГО УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ПАРАМЕТРЫ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Сергацкая Н. В., Гусаковская Л. И., Олейников В. Э. *106*

ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН
Сердюков Д. Ю., Мирохина М. А., Дыдышко В. Т. *106*

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Сердюков Д. Ю., Гордиенко А. В., Шалупкина В. П. *106*

СВЯЗЬ УРОВНЕЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ И НЕОАНГИОГЕНЕЗА В КРОВИ С 5-ЛЕТНИМ ПРОГНОЗОМ У БОЛЬНЫХ ИБС
Сердюк О. И., Шевченко А. О., Шевченко О. П., Халиллулин Т. Ю., Гинзбург Л. М, Переделкина А. И. *107*

ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Леонтьева А. В., Середа Т. В., Гапон Л. И. *107*

ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРИШЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Леонтьева А В., Середа Т. В., Гапон Л. И. *107*

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА
Сермягин Д. В., Галин П. Ю. *108*

ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАТОРА КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ НИКОРАНДИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ
Сизова Ж. М., Захарова В. Л. Козлова Н. В. *108*

ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
Синякова А. К., Шабардина С. В, Королькова Г. С. *109*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА SLCO1B1 В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Сироткина А. М., Хохлов А. Л., Воронина Е. А., Могутова И. С., Дряженкова И. В., Царева И. Н. *109*

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У КРЫС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ИНДЕКСА НАПРЯЖЕНИЯ
Скуратова Н. А., Беляева Л. М., Козловский А. А., Баранчук С. А., Чижевская И. Д., Микульчик Н. В. *109*

РЕЗУЛЬТАТЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА
Беляева Л. М., Скуратова Н. А., Чижевская И. Д., Микульчик Н. В. *110*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ДЛЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Смирнова М. А. *110*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ
Соловьева Е.А, Орешко Л. С., Журавлева М. С., Шабанова А. А. *111*

НОВЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОФОРМЛЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ В СИСТЕМЕ ОМС
Старченко А. А., Гришина Н. И., Усачевская И. В., Кривенков А. Л., Тарасова О. В., Морозов С. Ю., Гончарова Е. Ю., Сергеева Л. А. *111*

НАРУШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС
Старченко А. А., Гришина Н. И., Усачевская И. В., Кривенков А. Л., Тарасова О. В., Морозов С. Ю., Гончарова Е. Ю., Сергеева Л. А. *111*

ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
Стаценко М. Е., Талагаев С. В. *112*

РОЛЬ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
Страхова Н. В., Красноруцкая О. Н., Соболева В. В. *112*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАБОТОСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Суворова И. Ю., Баранов В. И., Шевченко И. В., Кривощеков С. Г. *113*

КОЭФФИЦИЕНТ СОГЛАСОВАННОСТИ РАБОТЫ МИОКАРДА И СТЕНКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Суворова И. Ю., Баранов В. И., Кривощеков С. Г., Шевченко И. В., ... *113*

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ГОМОЦИСТЕИНЕМИЮ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Суджаева О. А., Суджаева С. Г., Губич Т. С., Казаева Н. А., Русских И. И., Колядко М. Г.. . . . . *114*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРАТКОГО ОПРОСНИКА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА
Сушкина И. Ф., Дорофеева Н. П., Самакаев А. С., Шлык С. В.. . . . . *114*

ОЦЕНКА ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА
Сушкина И. Ф., Сагакова Г. А., Шлык С. В. *114*

НОВЫЕ МАРКЕРЫ ФИБРОЗА В ОЦЕНКЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Сыволап В. Д., Лашкул Д. А.. . . . . *115*

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДКОРРРИГИРУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Газизов Р. М., Ацель Е. А., Ситдикова Р. Н. *115*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КСИМЕДОНА, ДИМЕФОСФОНА И ПОЛИОКСИДОНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Газизов Р. М., Бейлина Н. И., Климова Н. А. *116*

ПОКАЗАТЕЛИ БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
Тетелютина Ф. К., Бадриева Ю. Н., Сушенцова Т. В., Кардапольцева М. М. *116*

ГЕСТАЦИОННЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ
Тетелютина Ф. К., Копысова Е. Д. *117*

ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ
Тимганова Е. В., Кратнов А. Е., Королева Е. В., Третьякова А. Н., Назарова Е. А.. . . . . *117*

СИСТОЛИЧЕСКАЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ
Титова А. Л., Сайганов С. А.. . . . . *117*

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Токарева З. Н., Хабарова О.Ю, Карулина Л. Ю. *118*

ШКОЛА ОТКАЗА ОТ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК И ПРЕОДОЛЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Токарева З. Н., Чепурной М. А., Федорова С. Д., Евдокимова А. А., Ильина С. И., Тоябинская М. М. *118*

РЕГУЛЯЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Токтарова Ж. Ж., Масалимова А. Т.. . . . . *119*

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ в клинической практике
Томашевич К. А., Волкова С. Ю.. . . . . *119*

ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
Тумаева Т. С., Балыкова Л. А., Науменко Е. И. *119*

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИБС И ЛИПИДОВ КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА
Туркина К. В., Мазуров В. И. *120*

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ РЕЗЕРВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ
Турна Э. Ю., Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лебедь Е. И., Лутай Ю. А.. . . . . *120*

МАТРИКСНАЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА-9 И ТКАНЕВОЙ ИНГИБИТОР МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-1 ПРИ КАРОТИДНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ
Усманова З. А., Розыходжаева Г. А.. . . . . *121*

НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ)
Федорова Т. В., Омельченко Н. В., Гунченко Н. Д. *121*

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ФОКУС НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ
Филиппов Е. В. *121*

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КОНЦЕНТРАЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА У ТЯЖЕЛОАТЛЕТОВ
Фомина Н. В., Ронжина О. А. *122*

ТРОПОНИН I ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КОРОНАРНОГО АНАМНЕЗА КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ
Фролов А. А., Шарабрин Е. Г., Фомин И. В., Починка И. Г. *122*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРВЕДИЛОЛА И АТЕНОЛОЛА НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ И УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ
Халмухамедова С. М., Жумамуратова Н. С. *122*

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ КАК КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Хамедова М. Ш., Серебрякова В. Н., Кавешников В. С., Трубачева И. А. *123*

СЫВОРОТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ IL-6 И IL-33 У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ
Хачирова А. И., Чукаева И. И., Смирнова А. А., Хорева М. В. *123*

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ И НЕОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
Хашиева Ф. М., Демкина А. Е., Крылова Н. С., Ковалевская Е. А., Потешкина Н. Г. *124*

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Хохлов А. Л., Рыбачкова Ю. В. *124*

АЛЬБУМИНУРИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ КАК ПРЕДИКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Храмцова Н. А., Баканач Е. В. *125*

СТЕНТИРОВАНИЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ
Хрипун А. В., Малеванный М. В., Куликовских Я. В. *125*

ФАРМАКО-ИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Хрипун А. В., Малеванный М. В., Куликовских Я. В. *125*

ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ
Христиченко М. А., Ватутин Н. Т., Кетинг Е. В., Картамышева Е. В. *126*

ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА
Хупсергенова М. С., Блинова В. В. *126*

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ И СРОКОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ
Хушвактова З. О., Кухарчик Г. А., Гайковая Л. Б., Вавилова Т. В. *127*

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
Черепанова В. В., Супрядкина Т. В., Дахина Э. О., Сочивкина Я. В., Миролюбова О. А. *127*

КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИСФАТИНА И ЛЕПТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ СТАРЕНИЕМ
Чернышева Е. Н., Панова Т. Н., Горбунова О. С., Федотова А. В. *127*

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ
Чистякова М. В., Говорин А. В., Радаева Е. В. *128*

ОСОБЕННОСТИ СПЛАНХНИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ
Чистякова М. В., Говорин А. В., Радаева Е. В. *128*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ
Чичкова М. А., Козлова О. С. *129*

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЧАСТОТЫ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ
Чумакова Е. А., Гапонова Н. И. *129*

СВЯЗЬ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Шахнович П. Г., Черкашин Д. В., Свистов А. С., Бессуднов Д. Е., Новиков М. В., Ткаченко К. Н., Хасанова Е. Н. *130*

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИНАМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА
Шелковникова Т. А., Усов В. Ю., Аптекарь В. Д. *130*

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ДИНАМИКА УРОВНЯ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ, ЛИГАНДА CD 40
Шепилова И. Б., Саламатина Л. В., Сеитов А. А., Местецкий В. Н., Урванцева И. А. *131*

ОСОБЕННОСТИ ХРОНОТИПОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГОДОВАЯ ХРОНОТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРОМ АПФ (ЛИЗИНОПРИЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ШИРОТ
Шипицына Н. В., Шуркевич Н. П., Ветошкин А. С., Гапон Л. И., Губин Д. Г., Пошинов Ф. А. *131*

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ
Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г. *132*

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I–II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ
Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г. *132*

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ВЫЖИВШИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Шурупов В. С., Рябов В. В., Карпов Р. С. *132*

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Эшниязова У. Н., Жумамуратова Н. С.. . . . . *133*

ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Эшниязова У. Н., Жумамуратова Н. С.. . . . . *133*

УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИНА (А) И АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Юрина А. Л., Саламатина Л. В., Руденко А. В., Грицык А. В. *133*

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОГО РЕГИОНА РОССИИ
Якушин С. С., Филиппов Е. В. *134*

СВЯЗЬ ПОЛА, КУРЕНИЯ И ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТСУТСТВИЕМ ЗНАЧИМОГО КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА (ПО ДАННЫМ “РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ”)
Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Горбатенко Е. А., Варшавчик М. В., Криночкин Д. В., Колунин Г. В. *134*

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ)
Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А. *134*

ПАРАМЕТРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ПО ДАННЫМ “РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ”)
Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А. *135*

ПАРАМЕТРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ (ПО ДАННЫМ “РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ”)
Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А. *135*

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ДИССИНХРОНИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ
Ярощук Н. А., Кочмашева В. В., Дитятев В. П., Кербиков О. Б. *136*