

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российский кардиологический научно-производственный
комплекс Министерства здравоохранения РФ
Евразийская ассоциация кардиологов
Российское медицинское научное общество терапевтов
Российское медицинское общество
по артериальной гипертензии
Российское кардиологическое общество



ПРОГРАММА – ТЕЗИСЫ

III Евразийский конгресс кардиологов

*Москва,
20-21 февраля, 2014 г.*



III ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПОЧЁТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е.И. академик РАН, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ РФ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ КОНГРЕССА:

Мартынов А.И. академик РАН, сопредседатель Евразийской ассоциации кардиологов, председатель Российского научного медицинского общества терапевтов

Мрочек А.Г. академик БелАМН, сопредседатель Евразийской ассоциации кардиологов, председатель Белорусского общества кардиологов

Чазова И.Е. член-корр. РАМН, профессор, директор института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ:

Булгак А.Г. профессор, д.м.н., заместитель директора ГУ РПНЦ «Кардиология» по терапевтической помощи

Наконечников С.Н. профессор, д.м.н., ученый секретарь ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Адамян К.Г. (Ереван, Армения)

Азизов В.А. (Баку, Азербайджан)

Акчурин Р.С. (Москва, Россия)

Аляви А.Л. (Ташкент, Узбекистан)

Аннаниязова С.А. (Ашхабад, Туркмения)

Бекбосынова М.С. (Астана, Казахстан)

Джумагулова А.С. (Бишкек, Киргизия)

Довгалевский П. Я. (Саратов, Россия)

Зелвеян П.А. (Ереван, Армения)

Карпов Р.С. (Томск, Россия)

Карпов Ю.А. (Москва, Россия)

Коваленко В.Н. (Киев, Украина)

Курбанов Р.Д. (Ташкент, Узбекистан)

Манак Н.А. (Минск, Беларусь)

Москаленко В.Ф. (Киев, Украина)

Попович М.И. (Кишинев, Молдова)

Рахимов З.Я. (Душанбе, Таджикистан)

Руда М.Я. (Москва, Россия)

Романчук С.В. (Иваново, Россия)

Сарыбаев А.Ш. (Бишкек, Киргизия)

Терещенко С.Н. (Москва, Россия)

Ткачук В.А. (Москва, Россия)

Цинамдзгвришвили Б.В. (Тбилиси, Грузия)

Ходжакулиев Б.Г. (Ашхабад, Туркмения)

Шек А.Б. (Ташкент, Узбекистан)

Шляхто Е.В. (Россия, Санкт-Петербург)

Ширинский В.П. (Москва, Россия)



ГЕДЕОН РИХТЕР

ПАРТНЁРЫ КОНГРЕССА

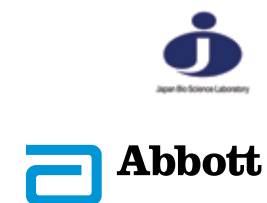
Генеральный партнёр:

ЗАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»

Главные партнёры:

JAPAN BIO SCIENCE LABORATORY

ЭББОТТ



Партнёры:

«АКТЕЛИОН ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ»

«ТАКЕДА»

MSD

STADA CIS

АО «ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ»

БЕЛУПО

ЗАО «ИНТЕЛМЕД»

ЗАО «МЕДИТЕК»

ЗАО «ФАРМЦЕНТР ВИЛАР»

ОАО «ФАРМСТАНДАРТ»

ООО «БЕРЛИН-ХЕМИ/А.МЕНАРИНИ»

ООО «МЕД ИНН»

ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

ЭГИС

Информационные партнёры:

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИА МЕДИКА»

ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ»

ЖУРНАЛ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ»

ЖУРНАЛ «ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ»

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «РМЖ»

ООО «МЕДФОРУМ»

ДОКТОР.RU

ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»

МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ MEDEGO

КЛУБ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ IVRACH.COM

1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

1.1. A6986G ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА CYP3A5 ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Абдуллаева Г. Ж., Трутнева Е. И., Хамидуллаева Г. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить распространенность генотипов и аллелей A6986G полиморфного маркера гена CYP3A5 у больных артериальной гипертензией (АГ), а также оценить взаимосвязь между A6986G полиморфным маркером гена CYP3A5 и АГ.

Материал и методы:

В исследование были включены 73 больных АГ узбекской национальности. Средний возраст больных составил $48,72 \pm 10,30$ лет, длительность АГ $5,79 \pm 4,23$ лет. Полиморфный участок гена CYP3A5 амплифицировали с помощью полимеразно-цепной реакции, с последующей рестрикцией. Детекция результатов рестрикции производилась с помощью горизонтального электрофореза в 4% агарозном геле.

Результаты:

В результате генотипирования выявлено следующее распределение генотипов и аллелей G6986A полиморфного маркера гена CYP3A5: AA генотип – определен у 1 больного (1,4%), AG генотип – у 23 больных (31,5%), GG генотип – 49 больных (67,1%), $\chi^2=71,178$, $df=2$, $p=0,000$. Аллельное распределение показало преобладание носительства G-аллеля по сравнению с A-аллелем у больных АГ узбекской национальности: A аллель – 17,1%, G аллель – 82,9% ($\chi^2=123,630$, $df=1$, $p=0,000$). Несмотря на преобладание GG генотипа гена CYP3A5, выявлена связь уровня систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) с носительством AG+AA генотипов, при этом отмечен достоверно высокий уровень САД, тенденция к увеличению уровня ДАД и АДср у носителей AG+AA генотипов G6986A полиморфного маркера гена CYP3A5: $161,25 \pm 13,29$ мм рт.ст. против $154,49 \pm 13,36$ мм рт.ст. для САД ($p=0,046$), $100,21 \pm 8,14$ мм рт.ст. против $97,55 \pm 6,62$ мм рт.ст. для ДАД ($p>0,05$), $120,56 \pm 8,38$ мм рт.ст. против $116,53 \pm 7,96$ мм рт.ст. для АДср ($p=0,050$).

Заключение:

Таким образом, выявлено достоверно большее накопление G аллеля G6986A полиморфного маркера гена CYP3A5 среди больных АГ. Отмечен достоверно высокий уровень САД и тенденция к увеличению уровня ДАД и АДср у носителей AG+AA генотипов G6986A полиморфного маркера гена CYP3A5.

1.2. АССОЦИИРОВАННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА АПОЕ И NO – СИНТАЗЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Махкамова Н. У., Ходжаев А.И.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Определить значимость генов аполипопротеина Е (АпоЕ), эндотелиальной NO – синтазы (e-NO) и липидного метаболизма в развитии хронической ишемии мозга у пациентов гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

В исследование включено 100 больных обоего пола, в возрасте от 33 до 73 лет, средний возраст $55,6 \pm 9,8$ лет, страдающие ГБ с хроническими цереброваскулярными заболеваниями (ХЦВЗ). Средняя длительность АГ составила $10,7 \pm 6,7$ лет. Проводились анамнестические, клинико-лабораторные (исследование липидного метаболизма), молекулярно-генетическое исследования. Проведено генотипирование образцов цельной крови на E2/E3/E4 полиморфный маркер гена АпоЕ и 4a/4b гена eNOS. Выделение геномной ДНК осуществлялось с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200» по стандартному протоколу фирмы производителя (лаборатория ИзоГен Россия). Постановка полимеразно-цепной реакции проводилась с использованием набора для генотипирования на полиморфные маркеры генов на амплификаторе GeneAmpR PCR System 9700 (Applied Biosystems, США). Амплификация полиморфного участка гена осуществлялась по стандартному протоколу фирмы производителя. Статистическую обработку данных выполняли с помощью программы «Excel 2003». Результаты приведены в виде среднего значения (М) и стандартного отклонения ($\pm SD$). Для оценки различий между группами по количественным признакам при распределении, близком к нормальному, применяли t-критерий Стьюдента.

Результаты:

По отношению распределения полиморфизмов генотипов АпоЕ выявили следующее: по частоте встречаемости преобладал генотип E3/E3 (85%), следующий по частоте E3/E4 составил 9% и E2/E3 – 4%. Среди этой популяции больных носителей гомозиготного полиморфизма E2/E2 и E4/E4 не наблюдалось. У носителей генотипа E2/E3 несмотря на относительно молодой возраст (средний возраст $45 \pm 3,2$ лет) среднее значение общего холестерина и липопротеина низкой плотности в крови составил $221,4 \pm 8,4$ ммоль/л и $151,5 \pm 4,7$ ммоль/л соответственно. Наблюдалось склонность к избыточной массе тела, средний ИМТ составил 32,8. У носителей генотипа E3/E3 несмотря на средний возраст $54,1 \pm 8,5$ лет, ИМТ составил 30,3. Средний уровень общего холестерина в крови $226,8 \pm 6,3$ ммоль/л, а липопротеина низкой плотности $162,1 \pm 5,1$ ммоль/л. Средний возраст носителей генотипа E3/E4 составил $57,4 \pm 7,6$ лет. ИМТ у этих больных был равен 28,6, а уровень общего холестерина и холестерин $248,5 \pm 6,4$ ммоль/л и $166 \pm 5,3$ ммоль/л соответственно. ($p<0,05$). Частота выявления полиморфизмов генотипов eNOS (полиморфизмов 4a/4b) соответствовала данным исследований европейской популяции. (2,3,5) По частоте превалировал 4b/4b генотип и составил 54%, 4a/4a генотип составил 28% и гетерозиготный 4a/4b – 16%. Среди носителей генотипов 4a/4a и 4a/4b по сравнению с носителями генотипов 4b/4b было выявлено большее число лиц с избыточной массой тела (30% и 27,7% соответственно) и с ожирением 2 и 3 степеней (18,2% и 7,4% соответственно, $p=0,042$). Также среди носителей генотипов 4a/4a и 4a/4b по сравнению с носителями генотипов 4b/4b наблюдалось большее количество пациентов с высокими уровнями АД (степе-

нюю АГ 2 и 3) (61,4% и 57,4% соответственно, $p=0,004$). У носителей 4a/a и 4a/b генотипов наблюдались тяжелые степени ХЦВО независимо от возраста.

Заключение:

1. Выявлена ассоциация полиморфизма 4a/b гена эндотелиальной NO синтазы с артериальной гипертензией высоких степеней, избыточной массой тела, как основных факторов риска, лежащих в основе развития патологии сосудистой стенки и цереброваскулярной недостаточности. 2. У носителей E2/E4 и E3/E4 полиморфизмов гена ApoE выявлена склонность к гиперхолестеринемии и гиперлипопротеинемии, что является высоким риском развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний.

1.3. АТЕРОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

МХИТАРЯН Л. С., ЕВСТРАТОВА И. Н.,
ВАСИЛИНЧУК Н. Н., ДРОБОТЬКО Т. Ф.

ННЦ "Институт кардиологии им. Акад. Н.Д. Стражеско
НАМН Украины, г. Киев, Украина

Введение (цели/задачи):

Целью работы было изучение качественного состояния липопротеинов, показателей про- и антиоксидантных систем крови больных гипертонической болезнью (ГБ) без наличия ишемической болезни сердца и сахарного диабета, других факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии (гиперхолестеролемии, курения, ожирения).

Материал и методы:

В сыворотке крови 97 пациентов с ГБ II степени в возрасте 34-55 лет определяли показатели липидного обмена, содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), индекс перекисной модификации ЛПНП и ЛПОНП (ИПМЛП), активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД); содержание конечных продуктов свободнорадикального окисления белков (СРОБ) определяли в сыворотке крови и апопротеиновой фракции ЛПНП и ЛПОНП.

Результаты:

Результаты исследований показали, что ГБ сопровождается оксидативным стрессом, интенсивность которого не зависела от величины артериального давления. В сыворотке крови пациентов было повышено содержание продуктов ПОЛ – диеновых конъюгатов, ТБК-реактивных продуктов, СРОБ соответственно на 95, 80 и 87% по сравнению с лицами контрольной группы. При этом ИПМЛП оказался на 90% выше по сравнению с контролем. В их апопротеиновых фракциях суммарное содержание продуктов СРОБ повышалось в среднем на 60-75%. Эти сдвиги происходили на фоне угнетения активности каталазы и СОД соответственно на 51 и 37% по отношению к контролю.

Заключение:

Таким образом, при ГБ независимо от наличия гиперлипидемии наблюдается увеличение степени перекисного окисления липопротеинов с одновременной свободнорадикальной модификацией их апопротеиновых фракций, что указывает на возрастание атерогенного потенциала крови и возможность развития аутоиммунной реакции из-за приобретения антигенных свойств ЛПНП и ЛПОНП, а также белковыми компонентами крови.

1.4. ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ИЛЬЧЕНКО И. А., БОБРОННИКОВА Л. Р.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. Харьков, Украина

Введение (цели/задачи):

В патогенеза артериальной гипертензии (АГ) большое значение имеет неспецифическое системное воспаление. Неблагоприятный прогноз АГ ассоциируется с нарушением функции почек – микроальбуминурией (МАУ) и изменением скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Цель. Выявить особенности неспецифического системного воспаления и функционального состояния почек у больных с начальной АГ.

Материал и методы:

У 86 больных (45 мужчин и 41 женщина; средний возраст – $42,6 \pm 4,3$ года) с АГ I и II стадии (42 и 44 больных соответственно; длительность АГ – $4,5 \pm 2,8$ лет) оценивали МАУ, СКФ и уровень С-реактивного протеина (СРП).

Результаты:

У 52 больных была нормальная фильтрация почек (СКФ – $97,42 \pm 3,24$ мл/мин); у 24 больных – гиперфильтрация (СКФ – $119,34 \pm 6,18$ мл/мин); у 5 больных – гипофильтрация (СКФ – $52,23 \pm 2,08$ мл/мин). МАУ выявлена у 19 больных ($94,72 \pm 14,2$ мг/сут). Установлена корреляционная связь между СКФ и СРП. У больных с гиперфильтрацией уровень СРП был достоверно выше, чем при нормальной фильтрации почек (соответственно $5,92 \pm 0,32$ мг/л; $3,87 \pm 0,28$ мг/л; $p < 0,05$; $r = 0,46$). При гипофильтрации почек корреляционная связь между МАУ и СРП увеличивалась еще больше ($r = 0,54$; $p < 0,05$).

Заключение:

На ранних стадиях АГ отмечены изменения функционального состояния почек, ассоциированные с маркером неспецифического системного воспаления – СРП. Ранее выявление и коррекция указанных нарушений может способствовать уменьшению кардиоваскулярного риска и улучшению отдаленных прогнозов заболевания.

1.5. ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВО ВРЕМЯ СНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ДГЕРЯН Л. Г., ЗЕЛВЕЯН П. А.

ЕГМУ им. М. Гераци, кафедра фармакологии, Центр
превентивной кардиологии, г. Ереван, Армения

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучение взаимосвязи дыхательных нарушений во время сна и микроальбуминурии (МАУ), характеризующей ранний этап поражения почек у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 40 больных с синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна – СОАГС (апноэ-гипопноэ индекса – АГИ более 5 эпизодов в час), которые были подразделены на 2 группы: пациенты с сочетанным наличием СОАГС и АГ (группа I) и пациенты только с СОАГС (группа II). Определение МАУ осуществлялось с помощью прибора «Cobas C111» (Roche Diagnostics), результат оценивался по-

ложительным при наличии уровня альбумина в утренней моче больных в пределах 20-199мг/л. Изучение взаимосвязи МАУ и артериального давления в классифицированных группах АГИ (легкая 5-14,9; средняя 15-29,9 и тяжелая >30 эпизодов/час) проводилось по точному тесту Пирсона χ^2 и Фишера.

Результаты:

В I группе больных с тяжелой степенью СОАГС (>30 эпизодов/час) и АГ выявлено статистически достоверное увеличение случаев МАУ с первого по четвертый перцентиль (2; 4; 4; 8 соответственно), в то же время у больных группы II отмечено уменьшение данного показателя (3; 6; 3; 0 соответственно) ($p=0,04$). Не было обнаружено статистически достоверной взаимосвязи МАУ и АГИ у больных с легкой или средней степенью СОАГС ($p=0,08$).

Заключение:

У больных с АГ тяжелая степень дыхательных нарушений во время сна способствует проявлению МАУ, что не наблюдается у больных с легкой и средней степенью СОАГС.

1.6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВКУСОВОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдуллаева Г. Ж.

Республиканский специализированный центр кардиологии,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние вкусовой солевосприимчивости на развитие диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 80 больных АГ I-III степени (ВОЗ, 2007), средний возраст $61,35 \pm 7,91$ лет. Средняя длительность АГ составила $11,58 \pm 6,11$ лет. Из них женщин - 50 (62,5%), мужчин - 30 (37,5%). С целью выявления порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) всем пациентам проводили тест по методике R. Henkin Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование проводилось в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации ЭхоКГ в М- и В-режимах на аппарате ультразвуковой системы «En VisorC» («PHILIPS», Голландия). Диастолическая функция сердца оценивалась по следующим доплер-ЭХОКГ индексам: пиковые скорости раннего (РЕ) и предсердного (РА) наполнения и их соотношению (РЕ/РА).

Результаты:

С целью выявления ассоциаций между клинико-гемодинамическими показателями и ПВЧПС были выделены подгруппы больных с высоким, средним и низким ПВЧПС. Распределение пациентов с учетом ПВЧПС в обследованной группе было следующим: высокий ПВЧПС был выявлен в 63,8% случаев, средний ПВЧПС - 13,8%, низкий ПВЧПС - 22,5% ($p=0,000$, $\chi^2=51,338$). Прослеживалась тенденция к снижению соотношения РЕ/РА в группе больных с высоким ПВЧПС по сравнению с подгруппами со средним и низким ПВЧПС: $0,68 \pm 0,17$ против $0,82 \pm 0,20$ и $0,76 \pm 0,34$ соответственно. При этом нужно отметить, что этот показатель был достоверно ниже в подгруппе больных с высоким ПВЧПС по сравнению со средним ПВЧПС: $0,68 \pm 0,17$ против $0,82 \pm 0,20$ ($p<0,05$).

Заключение:

Имело место преобладание высокого ПВЧПС в изучаемой группе больных АГ. Сравнительное изучение параметров цен-

тральной гемодинамики с учетом ПВЧПС выявило ассоциацию выраженности ДДЛЖ у больных с высоким ПВЧПС.

1.7. ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ СТенок ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Керимкулова А. С., Маркабаева А. М.,
Букатова М. Т., Исаханова Б. А.

Государственный медицинский университет г. Семей,
КГКП «Патологоанатомическое бюро», г.Семей, Казахстан

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности ремоделирования левого желудочка сердца в различные возрастные периоды у умерших больных при жизни, страдавших артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Проведено ретроспективное исследование случай-контроль, по данным патологоанатомических протоколов вскрытий, проведенное КГКП «Патологоанатомическое бюро» г.Семей Восточно-Казахстанской области республики Казахстан и Семейского филиала РГКП «Центр судебной медицины Министерства здравоохранения Республики Казахстан» умерших за 11 лет (начиная с 1999 года по 2009 годы), страдавших при жизни артериальной гипертензией.

Результаты:

Проведенный нами анализ данных протоколов вскрытий 372 умерших внезапно лиц показал что, имеются различные изменения параметров левого желудочка сердца в зависимости от возраста. За нормальную толщину стенки левого желудочка (без папиллярных мышц) принимались значения: 0,7-1,2 см. Нормальные размеры левого желудочка определены у 2 умерших мужчин (0,9% от всей группы) 35 и 54 лет, где толщина ЛЖ составила 1,2 см. Все рассматриваемые случаи рассматривались в следующих возрастных группах: 1 группа – до 29 лет ($28,0 \pm 1,0$; 3 случая); 2 группа - 30-39 ($35,83 \pm 2,95$; 23 случая), 3 группа - 40-49 ($45,18 \pm 3,05$; 82), 4 группа - 50-59 ($54,33 \pm 2,99$; 126), 5 группа - 60-69 ($64,57 \pm 3,25$; 72); 6 группа - 70-79 лет ($74,86 \pm 3,21$; 49); 7 группа - 80 лет и больше ($81,12 \pm 1,58$; 17). Отмечены стабильные цифры увеличения толщины левого желудочка, начиная с 3 возрастной группы (с 40 лет). Тогда как отмечены статистически достоверные различия в толщине стенки левого желудочка между 2 и 3 ($p2-3<0,025$), 4 ($p2-4<0,01$) и 5 ($p2-5<0,005$) группами по критерию Колмогорова-Смирнова при $p<0,05$. Различия между остальными группами по толщине стенки левого желудочка статистически недостоверны.

Заключение:

При рассмотрении 7 возрастных групп (с интервалом в 10 лет) наибольшую группу составила 4 группа в возрастном диапазоне 50-59 лет (126 человек – 34%). Отмечено стабильное увеличение толщины левого желудочка, начиная 40 лет (с 3 возрастной группы). По толщине левого желудочка различия наблюдаются между 2 и 3, 2 и 4, 2 и 5 группами.

1.8. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ВСЕ ТЕЧЕТ, ВСЕ МЕНЯЕТСЯ

Захарова Е. Г., Фурсов А. Н., Потехин Н. П.

ФГКУ "ГВКГ им. академика Н.Н.Бурденко" Минобороны
России, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Борьба с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является ведущей проблемой современной медицины. Цель настоящего исследования: сравнительный анализ клинических проявлений гипертонической болезни (ГБ) у пациентов середины 80-х годов прошлого века и первого десятилетия текущего столетия с помощью методов многомерной статистики (факторный анализ).

Материал и методы:

Ретроспективному анализу подвергнуто 234 истории болезни пациентов с ГБ. Первая группа сравнения-истории болезни 134 пациентов (100 мужчин и 34 женщины), проходивших лечение в кардиологическом центре госпиталя в период с 1985 по 1987 гг, вторая – истории болезни 100 пациентов (68 мужчин, 32 женщины) периода с 2010 по 2012 гг включительно. Средний возраст больных составил $46,8 \pm 2,9$ лет, длительность заболевания ГБ- $5,6 \pm 1,6$ года, артериальная гипертензия (АГ) соответствовала 1 степени. Для детальной характеристики изменений в течение ГБ, произошедших за последние 25 лет, мы применили факторный анализ, который является аналогом синдромологического подхода в медицине. В результате выделено по семь факторов в каждой группе, включающих более 70% дисперсии системы.

Результаты:

Для больного с ГБ в 80-е годы было характерно наличие гиперкинетического типа кровообращения вследствие повышенной активности симпат-адреналовой системы с формированием гипертонической (гипертрофической, ассиметричной) кардиопатии, клинически проявляющейся различными видами нарушений ритма и проводимости сердца, с его систолической дисфункцией и параллельно нарастающим нефроангиосклерозом, чему способствовало избыточное снижение АД в ночные часы. Напротив, для пациента с ГБ первого десятилетия XXI века было свойственно, на фоне гипертонического ремоделирования миокарда, поражение резистивных сосудов, которые и определяли весь последующий каскад событий, в частности поражение почек.

Заключение:

За истекшую четверть века ГБ претерпела определенные изменения, что связано как с изменением социально-экономических характеристик общества, так и с изменением подходов к терапии и появлению новых групп гипотензивных препаратов с органопротективными свойствами. Ведущие позиции в развитии поражений органов «мишеней» приобрели т.н. полиметаболические нарушения и табакокурение. В то же время приверженность в систематической гипотензивной терапии, положительно сказывалась на течении болезни.

1.9. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПОЧЕЧНОГО КРОВотоКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Чистякова С. И., Крутиков Е. С., Куница В. Н.

ГУ Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Украина

Введение (цели/задачи):

В структуре причин терминальной стадии почечной недостаточности гипертоническая болезнь (ГБ) занимает ведущие место. Одним из патогенетических механизмов развития гипертонической нефропатии является нарушение внутрипочечного кровотока. Цель исследования заключалась в проведении ди-

агностики нарушений внутрипочечного кровотока с помощью доплерографического исследования и сопоставлении этих данных со стандартными критериями нефропатии при ГБ.

Материал и методы:

Обследовано 80 больных с ГБ II стадии.

Результаты:

У пациентов с II и III степенью ГБ отмечалось обеднение внутрипочечного кровотока, характеризующееся снижением максимальной систолической скорости ($V_{\max}$) и минимальной диастолической скорости ($V_{\min}$), при этом отмечалось повышение индексов резистентности (IR), характеризующих почечное сосудистое сопротивление. Фаза гиперфльтрации при гипертонической нефропатии характеризовалась относительным повышением индексов гемодинамики на уровне ствола почечной артерии и сегментарной артерии со снижением в мелких артериях практически до уровня показателей здоровых людей. Фаза гипофльтрации характеризовалась значительным снижением скоростных показателей, что сопровождалось снижением показателей резистентности (их псевдонормализацией). При оценке почечной гемодинамики у пациентов с ГБ и микроальбуминурией отмечалось снижение $V_{\min}$ и повышение IR.

Заключение:

1. У пациентов с гипертонической болезнью II и III степени отмечается обеднение внутрипочечного кровотока, характеризующееся снижением максимальной систолической и минимальной диастолической скорости кровотока, при этом отмечается повышение индексов резистентности. 2. Ранними критериями гипертонической нефропатии на стадии гиперфльтрации до развития микроальбуминурии могут являться повышение индексов резистентности на уровне магистральной и сегментарной артерий по данным доплерографического исследования сосудов почек. 3. У больных с гипертонической болезнью и микроальбуминурией отмечается снижение диастолической скорости и повышение индекса резистентности, что свидетельствует об увеличении внутрипочечного сосудистого сопротивления и может также являться диагностическим критерием нефропатии.

1.10. ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Азизов В. А., Эфендиева Л. Г., Садыгова Т. А.

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) в зависимости от продолжительности гипертонической болезни.

Материал и методы:

Обследовано 100 больных (32-мужчин, 68-женщин) гипертонической болезнью в возрасте от 45 до 67 лет. Больные были распределены на 2 группы: на АГ I степени ($n=66$; $66 \pm 4,7\%$) и АГ II степени ($n=34$; $34 \pm 4,7\%$). С целью определения диастолической функции левого желудочка у всех обследованных больных проведено эхокардиографическое исследование на аппарате Madison Sonoace X6

Результаты:

В ходе исследования была установлена положительная кор-

реляционная связь между длительностью заболевания и показателями ДФЛЖ. Так как больные ГБ у которых стаж болезни менее 5-ти лет составили 47 человек, из них 32 женщин ($68,1 \pm 6,8\%$), 15 мужчин ($31,9 \pm 6,8\%$). Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) была выражена в основном по времени ИВРЛЖ. Больные с продолжительностью болезни от 6-10 лет составили 41 человек, из них 31 женщина ($75,6 \pm 6,7\%$) и 10 мужчин ($24,4 \pm 6,7\%$). ДФЛЖ у этих больных изменялась следующим образом: показатель Е уменьшился на $17,8\%$ ($p < 0,001$), показатель А увеличился на $1,9\%$, Е/А уменьшился на $19,9\%$ ($p < 0,001$), ИВРЛЖ увеличилось на $9,7\%$ ($p < 0,001$), а ВЗРДН тоже удлинилось на $5,4\%$ ($p < 0,05$). А у больных с продолжительностью болезни более 10 лет показатели ДФЛЖ все более ухудшаются. Показатель Е уменьшился на $11,1\%$, скорость позднего наполнения увеличилась на $13,9\%$ ($p < 0,001$), Е/А уменьшилось на $21,8\%$ ($p < 0,001$), ИВРЛЖ удлинилось на $4,9\%$, ВЗРДН удлинилось на $4,1\%$.

Заключение:

Таким образом, существует прямая зависимость между частотой и выраженностью ДФЛЖ с продолжительностью гипертонической болезни.

1.11. ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ковалёва О. Н., Кочубей О. А., Визир М. А.,
Безуглая Е. В.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Кластер факторов, объединяющий дисгликемию, дислипидемию и артериальную гипертонию значительно повышает риск сердечно-сосудистой смертности, в связи с чем ранняя диагностика предиабета является прогностически значимой у больных гипертонической болезнью. Американская ассоциация диабета предлагает использовать определение уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c) в крови для выявления предиабета ($5,7\% - 6,4\%$), учитывая доступность теста и отсутствие его зависимости от прандиального статуса обследуемого. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, диагностически более значимыми являются показатели глюкозы крови натощак, а также после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ). Цель исследования: оценить эффективность определения HbA1c для выявления предиабета по сравнению с уровнем глюкозы крови натощак и через 2 часа после проведения ПГТТ.

Материал и методы:

Было обследовано 37 пациентов в возрасте $57,6 \pm 7,6$ лет, (20 женщин (54%) и 17 мужчины (46%)), страдающих гипертонической болезнью. Всем пациентам определяли: уровень HbA1c, уровень глюкозы крови натощак и после ПГТТ.

Результаты:

Уровень HbA1c $6,30 \pm 1,91\%$, глюкоза крови натощак $5,42 \pm 1,34$ ммоль/л, глюкоза крови после ПГТТ $6,41 \pm 1,17$ ммоль/л. У 17 ($45,94\%$) пациентов по результатам ПГТТ был выявлен предиабет, включающий 11 случаев гипергликемии натощак и 6 случаев нарушения толерантности к глюкозе, у 20 ($54,05\%$) больных выявлена нормогликемия. В зависимости от повышения уровня HbA1c, пациенты были распределены на группы следующим образом: у $47,05\%$ ($8/17$) пациентов выявлен

диабет, у $5,88\%$ ($1/17$) предиабет, $47,05\%$ ($8/17$) пациентов с нормогликемией. Среди пациентов без нарушений углеводного обмена по данным ПГТТ - 45% ($9/20$) - с предиабетом и только 55% ($11/20$) с нормогликемией по уровню HbA1c. Выявление предиабета по уровню HbA1c было достоверным в $52,95\%$ случаев. У 8 пациентов ложноположительно диагностирован диабет, у 9 - предиабет, при наличии нормогликемии.

Заключение:

С целью выявления предиабета у больных гипертонической болезнью необходимо комплексное изучение показателей углеводного обмена, включающее HbA1c, уровень глюкозы крови натощак и после ПГТТ. Наиболее валидным показателем является уровень HbA1c.

1.12. ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шкапо В. Л., Несен А. А., Грунченко М. Н.

ГУ "НИ ТЕРАПИИ ИМЕНИ Л.Т. МАЛОЙ НАМН УКРАИНЫ"
г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Цель – изучить качество жизни (КЖ) пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и коморбидной патологией.

Материал и методы:

Обследовано 95 больных артериальной гипертонией с коморбидной патологией: у $72,6\%$ диагностирована ишемическая болезнь сердца (ИБС), $10,5\%$ перенесли инфаркт миокарда (ИМ), $35,0\%$ имели клинические признаки сердечной недостаточности (СН) на момент обследования, $22,1\%$ – сахарный диабет (СД) 2-го типа, $27,4\%$ – хроническую болезнь почек (ХБП). Среди них 35 ($36,8\%$) мужчин и 60 ($63,2\%$) женщин, средний возраст которых составил - ($60,5 \pm 0,4$) лет. Все больные были распределены на 4 группы: 1 группу ($n=35$) составили больные с АГ и ИБС, 2 группа ($n=21$) – больные АГ, ИБС и СД, в 3 группу ($n=13$) вошли больные с АГ и сердечно-сосудистыми осложнениями (ИМ, инсульт, мультиинфарктная болезнь мозга, нарушения сердечного ритма). В 4 группу ($n=26$) вошли больные с АГ и ХБП. КЖ изучалось по результатам заполнения анкеты Sf-36. Количественно оценивали следующие показатели: физическое функционирование, влияние физического состояния на ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, оценка психического здоровья. Эти шкалы формируют два общих показателя: физический компонент здоровья (ФКЗ) и психологический компонент здоровья (ПКЗ).

Результаты:

Больные АГ с коморбидной патологией имели значительное, в сравнении со здоровой популяцией, снижение оценок КЖ по всем шкалам. Особенно низкими были показатели, которые характеризовали «ролевое функционирование» ($42,1 \pm 4,6$) та ($49,5 \pm 3,2$) балла. У пациентов имелись значительные ограничения при выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием. Общие показатели ФКЗ и ПКЗ были значительно меньшими в сравнении с нормальными для популяции значениями ($42,0 \pm 5,1$) та ($40,8 \pm 2,7$) баллов соответственно ($p < 0,05$). Показатели

затели «ролевого функционирования» были ниже нормальных в первых трех группах, что также подтверждало низкое КЖ у этих больных. ФКЗ и ПКЗ были снижены во всех четырех группах. Наиболее низкие показатели выявлены в группе, где АГ сочеталась с сердечно-сосудистыми осложнениями – ФКЗ и ПКЗ соответственно составили ($35,5 \pm 1,5$) та ($36,6 \pm 2,0$) баллов ($p < 0,05$).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о том, что КЖ больных с АГ и коморбидной патологией снижено по всем показателям, а особенно значительные ограничения при выполнении повседневной деятельности обусловлены как физическим, так и психическим состоянием (ролевое функционирование).

1.13. ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

ТЕРЕГУЛОВ Ю. Э., ТЕРЕГУЛОВА Е. Т.

ГАУЗ РКБ МЗ РТ, КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, г. КАЗАНЬ, РЕСПУБЛИКА ТАТАРСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить интегральную жесткость артериальной системы у больных гипертонической болезнью (ГБ), гипотиреозом с артериальной гипертензией (ГТ с АГ) и ревматоидным артритом с артериальной гипертензией (РА с АГ) в зависимости от типов гемодинамики.

Материал и методы:

Обследовано 63 пациента с ГБ 1-3 степени, 82 пациента с первичным ГТ и АГ, 33 больных РА с АГ. Группа контроля 32 здоровых добровольца. Всем пациентам проводили эхокардиографию с оценкой показателей сердечного выброса. По модели сердечно-сосудистой системы вычисляли коэффициент объемной упругости (КОУ), среднее артериальное давление и общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), рассчитывали КОУ/ОПСС. Разделение пациентов на гемодинамические типы проводили на основании сравнения измеренного и расчетного должного значения минутного объема для каждого пациента.

Результаты:

Больные с АГ в сравнении с контрольной группой, имели более высокие показатели жесткости артериальной системы и ОПСС. У больных РА с АГ были выявлены наибольшие значения жесткости, при этом данные ОПСС сохранялись на уровне показателей здоровых лиц. Больные ГТ с АГ имели ОПСС выше, чем у больных других групп. В контрольной группе 87,5% составили лица с преобладанием ОПСС, а у 12,5% преобладала жесткость артериальной системы. У больных ГБ в 77,8% выявлено преобладание ОПСС и у 22,2% преобладание жесткости артериальной системы. У больных РА преобладала жесткость артериальной системы, а у пациентов ГТ с АГ ОПСС. Имелась общая закономерность в показателях гемодинамики у больных АГ при различных типах кровообращения, которая не зависела от генеза АГ. У всех обследуемых лиц с АГ при гиперкинетическом типе кровообращения наблюдались меньшие значения КОУ и ОПСС, а при гипокинетическом наибольшие.

Заключение:

1. Здоровые лица неоднородны по показателю КОУ/ОПСС: на-

блюдались лица как с преобладанием ОПСС, так и жесткости артериальной системы. 2. У больных РА с АГ наблюдалось увеличение КОУ в сравнении с группой здоровых лиц и больных ГБ и ГТ с АГ. Имелось преобладание жесткости артериальной системы над ОПСС у всех больных. 3. У больных ГТ с АГ наблюдалось преобладание ОПСС над жесткостью артериальной системы. 4. У больных ГБ наблюдались пациенты, как с преобладанием жесткости артериальной системы, так и ОПСС.

1.14. КАТЕТЕРНАЯ СИМПАТИЧЕСКАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ ПОЧЕК В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

КАБДУЛКАЕВА А. И., БЕРКИНБАЕВ С. Ф., ДЖУНУСБЕКОВА Г. А., ИБРАГИМОВА И. Н., ОМАРОВ А. А., КОЛЕСНИКОВ А. Е., ПАВЛОВА Н. Г., АРТЫКБАЕВ Ж. Т., АНАЯТОВА З. К.

НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ МЗ РК, г. АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность и безопасность применения катетерной симпатической денервации почек (КСДП) в лечении больных с резистентной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Исследованы 19 пациентов с резистентной АГ с выполненной КСДП. Мужчин – 11, женщин – 8. Возраст больных – $53,2 \pm 12,4$ года. Продолжительность АГ – $17,7 \pm 10,4$ лет. У 14 пациентов – отягощенная наследственность по АГ, у 2 – сахарный диабет 2 типа. Систolicеское артериальное давление (САД) составило $181,1 \pm 25,6$ мм.рт.ст., диastolicеское артериальное давление (ДАД) – $108,4 \pm 11,7$ мм.рт.ст. Радиочастотная абляция (РЧА) мощностью до 8 Вт наносилась дискретно (до 2 минут на каждый эпизод) по окружности и в продольном направлении стенки артерии. Больным РЧА обеих почечных артерий была проведена одномоментно. У всех больных проведено амбулаторное суточное мониторирование АД (СМАД) до и после процедуры.

Результаты:

Во всех случаях удалось выполнить двустороннюю денервацию почечных артерий с радиочастотным воздействием не менее чем в 6-и зонах каждого из сосудов. Вмешательства не сопровождались развитием осложнений в области манипуляций и места пункции, и со стороны сердечно-сосудистой и выделительной систем. Пациенты хорошо перенесли процедуру. Процедура сопровождалась диффузной висцеральной болью без иррадиации, была купирована внутривенным введением наркотических анальгетиков. Проведение КСДП у больных привело к снижению САД после процедуры на 27%, ДАД на 22%. Устойчивый гипотензивный эффект подтвержден результатами СМАД после процедуры. Расчетный уровень клиренса креатинина не изменился ни у одного пациента.

Заключение:

КСДП привела к значительному антигипертензивному эффекту у большинства участников исследования без риска серьезных осложнений. КСДП – эффективный и безопасный метод лечения пациентов с резистентной АГ.

1.15. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА МАКРО- И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГУРФИНКЕЛЬ Ю. И., САСОНКО М. Л., САРИМОВ Р. М.

Научно-клинический центр ОАО "РЖД, ИОФ
РАН им. А.М.Прохорова, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Существующие шкалы определения риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) не учитывают ряд высокозначимых факторов, в недостаточной мере отражают динамично изменяющиеся параметры и индивидуальные особенности сердечно-сосудистой системы (ССС) конкретного пациента. Цель исследования: провести комплексную оценку макро- и микроциркуляции у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), на основе определения скорости пульсовой волны (СРПВ) и эндотелиальной функции, а также изучения параметров микроциркуляции.

Материал и методы:

В исследование было включено 156 человек в возрасте от 40 до 75 лет, и сформировано 3 группы: 36 пациентов с артериальным давлением 140-179 мм рт. ст. составили группу с артериальной гипертензией 1-2 ст., 85 пациентов с АГ 1-2 ст., у которых на фоне эффективной антигипертензивной терапии были достигнуты целевые уровни артериального давления (АД) вошли в группу «АГ леченные», и 35 здоровых добровольцев были включены в контрольную группу («Здоровые»). Все испытуемым было проведено клиничко-лабораторное обследование в соответствии с принятыми при АГ стандартами, а также выполнено исследование микроциркуляторного русла ногтевого ложа руки с помощью неинвазивной цифровой капилляроскопии, оценена жесткость артерий руки по изменению скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и определена функции эндотелия. Математическая обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты:

На основании исследования параметров макро- и микроциркуляции выявлены значимые различия между группами пациентов с АГ не получавшими лечения и пациентами с АГ, у которых были достигнуты целевые уровни АД. Разработана формула расчета интегрального индекса состояния ССС, значения которого существенно различаются в группах здоровых людей и пациентов с АГ. Полученные результаты могут лечь в основу количественной оценки риска возможных сердечно-сосудистых осложнений при АГ. Как показали исследования, полученный индекс хорошо отражает динамику изменений оцениваемых параметров в группе пациентов, получавших медикаментозную терапию.

Заключение:

Исследование показало возможность количественной оценки состояния сердечно-сосудистой системы на основе комплексного изучения параметров макро- и микроциркуляции. Предлагаемый интегральный индекс может быть использован как количественный индикатор эффективности медикаментозной терапии.

1.16. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АГ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ

Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Шарилов Р.,
Алтынбекова А., Альжанова И.

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

Введение (цели/задачи):

Современные представления о патогенезе АГ привлекают внимание к фиксированным низкодозовым комбинациям, которые позволяют увеличить эффективность лечения, уменьшить риск нежелательных явлений и повысить приверженность пациента к лечению и, следовательно, оптимизировать терапию у большого количества пациентов. Цель программы АРАЙ 2 – изучить антигипертензивную эффективность и безопасность, а также качество жизни в процессе лечения фиксированной комбинацией бисопролола и амлодипина (Алотендином) у больных с АГ и ИБС с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы:

В исследование было включено 1236 больных с верифицированным диагнозом первичной АГ, из них — 840 женщин (68 %) и 396 мужчин (32 %) в возрасте от 22 лет до 81 года. Средний возраст пациентов составил $53,3 \pm 3,03$ года. При этом большинство больных составляли лица пожилого и старческого возраста (старше 60 лет) — 828 человека (67 %), молодых (до 39 лет) было 14 человек (1%). У 669 пациентов имелись сопутствующие заболевания, преимущественно различные формы ишемической болезни сердца (ИБС). По степени АГ пациенты распределились следующим образом: АГ 1 степени имели 13 человек (1 %), АГ 2 степени — 853 чел. (69 %), АГ 3 степени — 370 чел. (30 %). Алотендин назначали в дозе 5мг/5 мг (бисопролол/амлодипин) 1 раз в день утром, через 2 недели при недостаточном контроле давления или стенокардии дозу увеличивали до 5мг/10 мг 1 раз в день.

Результаты:

У больных АГ и ИБС, ранее получавших безуспешно бисопролол в виде монотерапии, применение Алотендина привело к снижению АД в 70,7%. В процессе лечения алотендином 76,4% пациентов ответили на лечение, из них: целевого уровня АД достигли 59,9%. При изолированной артериальной гипертензии снижение давления было более выраженным - у 84,4% (целевого уровня достигли 68%), тогда как при сочетании АГ и ИБС эти показатели были ниже — 61,7 и 70,7% соответственно (целевого уровня достигли 61,7 и 50%).

Заключение:

Таким образом, в процессе терапии алотендином повышается суммарный показатель жизни, позитивно изменяются показатели жизни с тенденцией к нормализации психосоциального статуса, что свидетельствует о положительном влиянии Алотендина на приверженность лечению. Побочное действие препарата в виде отека лодыжек отмечено в 1% случаев. Применение фиксированной комбинации — Алотендина у больных АГ и ИБС способствует повышению приверженности терапии, о чем свидетельствуют следующие данные: продолжили лечение в течение 18 месяцев 83% больных.

1.17. НЕЙРОАДАПТИВНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ И ЙОДОБРОМНЫЕ ВАННЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И БЕТА-АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ

Смирнова И. Н., Барабаш Л. В., Бредихина Е. Ю.,
Люберцева Е. И.

ФГБУН Томский НИИ курортологии и
физиотерапии ФМБА, Томск, Россия

Введение (цели/задачи):

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния комплексного санаторно-курортного лечения с применением нейрорадаптивной электростимуляции на уровень С-реактивного белка (СРБ) и β -адренореактивности мембран эритроцитов у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 88 пациентов с АГ I-II стадии, средний возраст $51,5 \pm 1,55$ лет. Больные получали санаторно-курортное лечение на фоне базисной гипотензивной терапии включающее ЛФК, йодобромные ванны и нейрорадаптивную электростимуляцию. Определение уровня С-реактивного белка (СРБ) проводили иммунотурбодиметрическим методом на фотометре Stat Fax 303 Plus («Awareness Technology», США). β -адренореактивность мембран эритроцитов (В-АРМ) определяли наборами «Агат-Мед» (Россия).

Результаты:

В результате лечения отмечено выраженное гипотензивное действие: снижение САД со $163,6 \pm 31,1$ до $131,5 \pm 11,04$ мм.рт.ст. ($p < 0,0001$), ДАД - со $101,5 \pm 17,09$ до $82,2 \pm 7,54$ мм.рт.ст. ($p < 0,0001$). Состояние симпатoadреналовой системы в процессе лечения характеризовалось уменьшением β -адренэргической реактивности с $30,42 [8,57; 43,04]$ до $24,66 [17,05; 33,43]$ у.е., $p = 0,038$, что является основой для уменьшения активности симпатической нервной системы и долговременного гипотензивного эффекта. Концентрация СРБ уменьшилась на 26,1% (с $4,87 [1,65; 7,6]$ до $3,6 [1,05; 6,85]$ мг/л, $p = 0,044$), что свидетельствует о снижении активности неспецифического воспаления, лежащего в основе атеросклеротического процесса у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Динамика СРБ при различном его исходном значении выглядела следующим образом: при высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений (СРБ > 3 мг/л) снижение его в процессе лечения было значительно более выражено (с $6,86 \pm 3,09$ до $5,04 \pm 3,69$ мг/л, $p = 0,037$), при этом частота выявления высоких значений (> 3 мг/л) сокращалась после курса лечения на 35,5%. В подгруппе пациентов с низким риском развития сердечно-сосудистых осложнений (СРБ < 1 мг/л) динамика уровня СРБ в процессе лечения не изменялась, а в подгруппе пациентов со средним риском (СРБ в диапазоне от 1 до 3 мг/л) отмечалась тенденция ($p = 0,046$) к его снижению. Анализ корреляционных взаимосвязей между уровнем СРБ и β -адренэргической реактивностью выявил прямую связь умеренной силы ($r = 0,44$ $p < 0,001$).

Заключение:

Таким образом, комплексное применение нейрорадаптивной электростимуляции и йодобромных ванн способствует снижению выраженности неспецифического воспаления и активности симпатического отдела вегетативной нервной системы у больных АГ.

1.18. НАЧАЛЬНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ И ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ЛАЗАРЕВА Н.В., ОЩЕПКОВА Е.В., АТЮНИНА И.В., ГОРИЕВА Ш.Б., РОГОЗА А.Н.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения РФ

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить особенности церебральной реактивности (ЦР) с начальной ортостатической гипотензии у больных артериальной гипертензией (АГ) старших возрастных групп с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ).

Материал и методы:

Обследовано 30 больных АГ (21 ж, 9 м) I-III ст, среднего возраста 68 ± 5 лет. У всех больных после осмотра невролога диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия I-II ст, у 2 - транзиторная ишемическая атака, у 1 - нарушение мозгового кровообращения более года назад. Больные получали антигипертензивную терапию, исключая прием препаратов в день исследования. АОР проводилась с непрерывным неинвазивным измерением САД и ДАД в пальцевой артерии («Task Force Monitor», «CNSystems» Австрия). Критерием наличия НОГ являлось симптомы церебральной гипоперфузии, ассоциированные со снижением САД ≥ 40 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 20 мм рт.ст. в первые 5-15 секунд ортостаза (критерий Wieling W., 2006) и/или «незавершенная» депрессорная реакция АД (Рогоза и соавт., 2008).

Мониторирование церебрального кровотока проводилось в средней мозговой артерии (СМА) методом транскраниальной доплерографии (прибор Ангиодин 2К фирмы «БИОСС» (Россия)). ЦР оценивалась при выполнении гиперкапнической пробы (ГП) с 30-секундной задержкой дыхания. Определяли коэффициент реактивности по формуле: $Kr^* = Kr2/Kr1$, где $Kr1$ - средняя линейная скорость кровотока исходно, $Kr2$ - при проведении пробы ($N = 1,3-1,6$). Статистический анализ выполнен непараметрическим методом Манн-Уитни с использованием Statistica 6.0.

Результаты:

У 5 больных выявлена НОГ по критериям Wieling и у 4 по критерию «незавершенная» депрессорная реакция. У 7 из 9 (78%) больных с НОГ выявлена сниженная ЦР ($Kr < 1,3$). Вместе с тем, в группе «без НОГ» сниженная ЦР отмечалась реже только у 7 из 21 (33%) больных ($p = 0,05$). Кроме того у больных с НОГ зарегистрировано достоверное снижение Kr^* , по сравнению с больными без НОГ ($1,24 \pm 0,03$ vs $1,35 \pm 0,03$, $p = 0,044$).

Заключение:

Начальная ортостатическая гипотензия у больных артериальной гипертензией с цереброваскулярными заболеваниями сопряжена со снижением церебральной реактивности

1.19. НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

САЛИМОВА Н. Р., ХОДЖАЕВ А. И., РАХИМОВА Н. А., ШАКИРОВ М. Р., МАХКАМОВА Н. У., САРМАНОВ Ф. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучить сравнительную динамику нейрокогнитивных и психопатологических расстройств невротического уровня (НКУ и ПРНУ) при артериальной гипертензии (АГ) на фоне двух вариантов нейропротекции.

Материал и методы:

Обследовано 50 больных обоего пола (средний возраст $50,64 \pm 9,6$ лет) АГ I-III степеней (ВОЗ, 2011). Всем больным

проводилась комплексная базисная терапия (БТ) (вальсартан 80мг/с+АСК 75 мг/с+индапамид+аторвастатин 20 мг/с). Далее больные по характеру нейропротекции рандомизированы в две группы: в 1-й (n=25) назначали L-аргинин 20мг/с, во 2-ой (n=25) – нимодипин (60мг/с). До и после 3 месячной терапии осуществлялась психодиагностика с использованием шкал Спилбергера, Цунга. проводились исследования нейропсихологического статуса по краткой шкале оценки психического статуса – MMSE, тесту рисования часов – ТРЧ, пробе Шульте, а также электроэнцефалография, КТ или МРТ головного мозга, ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов. Анализировались динамика частоты и степень выраженности НКР и ПРНУ, характер течения АГ. Группы были сопоставимы по исходным клинико-параклиническим характеристикам.

Результаты:

Исходно ПРНУ диагностированы у 92% больных: тревога – у 28%, депрессия – у 24%, обсессивная фобия – у 20%, ипохондрия – у 12%, анозогнозия – у 8%. НКР диагностированы в 80% случаев. Сравнительный анализ динамики ПРНУ в двух группах нейропротекции показал, что в группе БТ+L-аргинин отмечен отчетливый регресс явлений астении, тревоги, фобии ($P<0.01$). В группе БТ+нимодипин регрессировали цефалгия напряжения, тревожная фобия, элементы депрессии и ипохондрии ($P<0.01$). Сравнительный анализ динамики НКР показал, что в обеих группах нейропротекции НКР по шкале MMSE регрессировали с одинаковой частотой в среднем на 2 балла; по ТРЧ нормальные показатели в 1,5 раза чаще регистрировались в группе БТ+L-аргинин, а по пробе Шульте – в 1,4 раза чаще в группе БТ+нимодипин ($p<0.05$). В целом же положительная нейропсихологическая динамика отмечена у 68% 1-ой и у 80% 2-ой группы. Эта динамика ПРНУ и НКР достоверно чаще наблюдалась при легких и умеренных вариантах сосудисто-мозговой недостаточности, что верифицировалось по данным нейрофизиологических и нейровизуализационных методик. При этом в обеих группах не регистрировались стрессиндуцированные гипертонические кризы.

Заключение:

L-аргинин и нимодипин продемонстрировали положительный нейропротективный эффект у больных АГ с НКР и ПРНУ на фоне стандартной базисной терапии основной патологии. Значимо более выраженным нейропротективным потенциалом у больных АГ в отношении ПРНУ обладал нимодипин, а в отношении НКР – L-аргинин.

1.20. ПРОФИЛАКТИКА КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

СТРОЕВА В. С.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ МЗ РФ, г. Челябинск, Россия

Материал и методы:

Обследовано 199 мужчин с артериальной гипертонией (АГ) I, II и III стадий (ВНОК, 2010), средний возраст $48,6\pm0,6$. В 1 группе – 46 больных с АГ без цереброваскулярных изменений (АГ I – 13, АГ II – 23, АГ III – 10); во 2 гр. – 85 с АГ, осложненной начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (АГ I – 42, АГ II – 35, АГ III – 8); в 3 гр. – 68 с АГ, осложненной дисциркуляторной энцефалопатией I стадии (АГ I – 19, АГ II – 37, АГ III – 12). В группе контроля – 26 практически здоровых лиц (средний возраст $37,75\pm0,78$). Исследованы: липидограмма, гемостазиограмма, перекисное окисление

липидов, оксид азота, велоэргометрия, эхокардио-графия, суточное мониторирование АД и ЭКГ, транскраниальная доплерография. Обработка результатов в рамках STATISTICA, версия 6.

Результаты:

В группах больных АГ выявлены изменения показателей всех фаз свертывающей системы крови, которые нарастали с увеличением стадии АГ ($p<0,05$): в 1 гр. эти изменения выявлены при АГ III, во 2 гр. при АГ II и III, в 3 гр. при АГ I с нарастанием к АГ III ($p<0,05$). Уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов в 9 раз выше у лиц 2 и 3 групп, чем 1 гр. ($p<0,001$), что говорит о начале редукции микроциркуляторного русла. Фибринолитическая активность крови выше у лиц 2 и 3 групп, чем 1 гр. ($p<0,05$), в 3 гр. повышен фибриноген ($p<0,05$) и антитромбин III ($p<0,05$), что говорит об активации агрегационных и коагуляционных свойств крови в сочетании со сниженным фибринолизом и может свидетельствовать об истощении антитромботического потенциала сосудистой стенки, связанного с нарастающей дисфункцией эндотелия, что подтверждается высокими показателями NO ($p<0,01$). Повышение содержания липопероксидов ($p<0,05$) и снижение пероксидазной активности ($p<0,05$) утяжеляют патологию сосудистой стенки, способствуют формированию хронической сердечной недостаточности.

Заключение:

Полученные данные являются основой дифференцированного подхода к управлению системой гомеостаза для профилактики тяжелых кардиальных и цереброваскулярных осложнений у больных с артериальной гипертонией на ранних стадиях развития сочетанного поражения сердца и головного мозга и разработки программ поэтапной медицинской реабилитации.

1.21. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Поселюгина О. Б., Аль Гальбан Нахед, Поселюгина Е. Б.

ГБОУ ВПОТверская ГМА Минздрава

РФ, г. Тверь, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности регуляции сердечного ритма у больных артериальной гипертонией (АГ), в зависимости от количества потребляемой ими поваренной соли (ПС).

Материал и методы:

Обследовано 190 больных АГ II стадии. У них определялся порог вкусовой чувствительности к ПС (ПВЧПС), экскреция Na с мочой за сутки. Оценка вариабельности ритма сердца (ВРС) проводилась системой «Валента» с применением математического анализа по методу Р.М. Баевского. Показатели ВРС изучались в группах больных в зависимости от ПВЧПС и экскреции натрия с мочой: низкое потребление ПС ($10,4\pm1,0$ г), среднее ($15,7\pm1,1$ г), высокое потребление ПС ($17,1\pm1,2$ г). Контрольную группу составили 78 практически здоровых лиц.

Результаты:

Среди больных АГ II стадии доминировали лица со средним и высоким ПВЧПС и большим потреблением ПС. Средние значения моды, вариационного размаха и вегетативного показателя ритма у всех больных находились в пределах нормы. Такие же показатели, как АМо (амплитуда моды, %), ИН (индекс напряженности регуляторных систем, у.е.), а ИВР (индекс

вегетативного равновесия, у.е.), ПАРП (показатель адекватности процессов регуляции, у.е.) свидетельствовали об усилении симпатикотонии с увеличением потребления ПС. Так, при относительно низком, среднем и высоком потреблении ПС соответствующие показатели АМо составили $59,4 \pm 0,03$; $72,8 \pm 0,12$ и $82,0 \pm 0,02$ (все $p < 0,05$); ИН- $182,3 \pm 9,3$; $386,8 \pm 12,1$; $505,8 \pm 11,8$ (все $p < 0,05$); ИВР- $301 \pm 16,7$; $624,4 \pm 15,9$; $696 \pm 15,7$ (все $p < 0,05-0,01$); ПАРП – $71,6 \pm 2,2$; $89,4 \pm 2,4$; $115 \pm 2,5$ (все $p < 0,01$).

Заключение:

Больные АГ потребляют чрезмерное количество ПС. С увеличением потребления ПС отчетливо нарастает влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы, что, находит отражение в усилении пропульсивной работы сердца и удержании цифр артериального давления на более высоких величинах.

1.22. СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Строгий В. В., Сечко Е. В.

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
2-ая ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА, г.Минск,
РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из ведущих факторов риска средечно-сосудистой патологии у взрослого населения. Нередко, начинаясь в детском возрасте, она прогрессирует и поражает ряд органов-мишеней и прежде всего нарушает работу левого желудочка сердца, способствуя первоначально изменению его диастолической функции (ДФ). Цель исследования - изучить изменения диастолической функции у детей с АГ.

Материал и методы:

Проведенные исследования диастолической функции миокарда у 86 детей (средний возраст $15,42 \pm 0,28$ лет) с АГ, по сравнению с контрольной группой (25 детей). Использованы следующие параметры оценки ДФ левого желудочка: время изоволюметрической релаксации левого желудочка сердца (IVRT, мс), время трансмитрального кровотока (Тмк, мс), скорость кровотока в фазах, соотношение скоростей трансмитрального кровотока (Е/А), полученных в фазу раннего (Е, м/с) и позднего (предсердного) наполнения (А, м/с) левого желудочка.

Результаты:

Выявлено изменение этой функции среди 88,4 % обследованных. Патологических вариантов нарушения диастолической функции при этом выявлено не было. Наиболее часто у пациентов встречался гиперкинетический режим гемодинамики (65,1%). Значения насосной функции сердца в данной группе были максимальными ($VO = 58,52 \pm 4,40$ мл, $P < 0,05$) на фоне минимальных значений периода релаксации миокарда ($IVRT = 0,05 \pm 0,003$; $P < 0,001$ по сравнению с контролем) и преимущественного наполнения левого желудочка в период раннего наполнения ($Te\ мк = 0,10 \pm 0,004$ с; $P < 0,001$). При наличии гипокинетического характера гемодинамики (выявлен у 24,4 %) ($VO = 37,79 \pm 1,82$ мл, $P < 0,001$ по сравнению с контролем). Изменения диастолической функции миокарда выражались в удлинении периода расслабления миокарда ($IVRT = 0,08 \pm 0,004$ с), увеличении времени замедления потока

наполнения ЛЖ во время раннего наполнения до $0,14 \pm 0,01$ с ($P < 0,010$), а также тенденцией к снижению соотношения Е/А до $1,98 \pm 0,02$ с. При этом установлена высокая диастолическая податливость миокарда, что сопровождалось увеличением размера правого желудочка до $11,22 \pm 0,49$ мм ($P < 0,010$), утолщением межжелудочковой перегородки до $9,9 \pm 0,50$ мм ($P < 0,05$) и ростом диастолического размера полости ЛЖ до $44,91 \pm 0,85$ мм ($P < 0,05$).

Заключение:

Данные изменения диастолы различны у обследованных детей и определяются характером систолической функции сердца, вегетативным балансом организма и периферическим сосудистым сопротивлением.

1.23. ТРЕХМЕСЯЧНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Плащинская Л. И., Гончарик Д. Б., Мрочек А. Г.,
Часнойть А. Р., Барсукевич В. Ч., Ребеко Е. С.,
Савченко А. А., Голенища В. Ф.

РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Катетерная радиочастотная абляция симпатических нервов почечных артерий (РАСНПА) для лечения резистентной артериальной гипертензии (РАГ) используется для контроля артериального давления (АД) у данной группы пациентов. Целью нашего исследования была оценка 3-х месячной эффективности вмешательства.

Материал и методы:

50 пациентам (19 мужчин, 31 женщина) с РАГ была выполнена РА СНПА. Офисное АД и суточное АД оценивались исходно, через 2-3 дня после процедуры и через 3 мес. Перед вмешательством всем пациентам выполнялись спиральная компьютерная томография почечных артерий (ПА). РА СНПА применялась на ПА мощностью 8-10 Вт, температурой 55 °С, 4-8 точек на каждой артерии, по 2 минуты наточку. Процедура завершалась контрольной селективной ангиографией ПА.

Результаты:

Исходные цифры офисного АД на фоне терапии составили для САД- $176,72 \pm 29,47$, для ДАД- $105,15 \pm 16,78$ (число препаратов=5, $15 \pm 1,19$). При выполнении РА СНПА не было получено интра-и послеоперационных осложнений. Первая оценка АД проводилась через 2-3 дня после процедуры, затем через 3 мес. Снижение значений офисного АД ($n=38$) составило от исходного для САД от $176,72 \pm 29,47$ мм.рт.ст. до $150,76 \pm 14,03$, для ДАД от $105,15 \pm 16,78$ до $93,34 \pm 7,96$ мм.рт.ст. (количество принимаемых препаратов=4, $62 \pm 1,1$).

Заключение:

Таким образом, по данным 3-х мес. наблюдения отмечено достоверное снижение офисного САД и ДАД по отношению к исходному АД до выполнения абляции СНПА. Количество принимаемых антигипертензивных препаратов уменьшилось на $0,93 \pm 0,32$ препарата. Из 38 пациентов, которым выполнена почечная денервация по итогам 3 мес. наблюдения клиническими респондерами (со снижением офисного САД на ≥ 10 мм рт.ст.) оказались 32 пациента (84,2%), что свидетельствует о высокой эффективности процедуры абляции СНПА.

1.24. УРОВНИ АПОЛИПОПРОТЕИНА А В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА

НЕСТЕРУК О. Н., БЕЛЯЕВА Л. М., ЮРАГА Т. М.

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, г. МИНСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/задачи):

Метаболические расстройства у детей с артериальной гипертензией (АГ) ведут к развитию различных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Аполипротеин А (АпоА) является основным белком липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). При дефиците АпоА повышается риск развития атеросклероза и ишемической болезни сердца. Цель: оценить уровень АпоА в сыворотке крови у детей с артериальной гипертензией на фоне избытка массы тела.

Материал и методы:

Обследовано 75 детей с эссенциальной АГ в возрасте от 9 до 17 лет: 47 мальчиков и 28 девочек. Контроль составил 25 практически здоровых детей в возрасте 9 – 17 лет. Для определения липопротеинов использовали прямой энзиматический колориметрический метод. Белки, входящие в состав липопротеинов (АпоА) определяли турбидиметрическим методом. Все обследованные разделены на три группы: 1-я группа (28 человек) – дети с АГ и нормальной массой тела, 2-я (25 человек) – дети с АГ и избыточной массой тела (ИМТ), 3-я (22 человека) – дети с АГ и ожирением.

Результаты:

Снижение концентрации АпоА в сыворотке крови установлено у 17,9% детей 1-й группы и составило 124,0 (110,4 – 141,4) мг/дл, у 48% 2-й группы – 122,2 (108,9 – 132,0) мг/дл и у 86% детей 3-й группы – 103,9 (95,23 – 109,7) мг/дл (результаты представлены в виде медианы и интерквартильного интервала), что достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у здоровых детей 130,6 (119,9 – 143,7) мг/дл. Между уровнем АпоА и индексом Кетле установлена отрицательная корреляционная связь ($r_s = -0,2604$; $p < 0,05$). Для детей со сниженным уровнем АпоА (66,7%) характерна наследственная отягощенность по АГ. Повышение уровня общего холестерина выявлено у 20% детей со сниженной концентрацией АпоА.

Заключение:

Снижение концентрации АпоА оказалось наиболее частым и ранним изменением в липидограмме у детей с АГ на фоне ИМТ и ожирения, что может расцениваться в качестве дополнительного фактора риска развития ранних форм атеросклероза.

1.25. ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ЛИВЕНЦЕВА М. М.

РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Материал и методы:

Исследование проведено у 58 пациентов со стресс-индуцированной артериальной гипертензией (АГ) на рабочем месте в динамике. Определялось офисное артериальное давление (АД), были проведены суточное мониторирование АД (BPLab – МнСДП-2) в рабочий и выходной дни, информационная проба (ИП) (компьютерная игра – TETCOLOR в течение 5 минут), моделирующая психоэмоциональную нагрузку,

с контролем АД в начале исследования, в конце 1-ой, 3-ей, 5-ой минут и через 1 минуту после ее окончания, измерение критической частоты слияния световых мельканий (КЧСМ) с помощью нейхронометра исходно и после проведения ИП в рабочий и выходной дни, определение кортизола и липидного спектра крови. Оценка прогрессирования стресс-индуцированной АГ проводилась через 12 и 36 месяцев.

Результаты:

У лиц со стресс-индуцированной гипертензией на рабочем месте наблюдался переход в эссенциальную АГ в 50 % случаев через 1 год и в 77,8 % случаев через 3 года наблюдения. Предикторами перехода стресс-индуцированной АГ в эссенциальную могут служить прирост систолического и диастолического АД при проведении ИП и сохранение гипертензивной реакции к концу ее проведения и на 1-й минуте отдыха, сниженный коэффициент адаптации к психоэмоциональным нагрузкам, повышенный уровень кортизола и триглицеридов. Разработан коэффициент адаптации к психоэмоциональным стрессовым факторам (КА). Установлено, что значения КА стресс-индуцированных лиц с переходом в эссенциальную АГ достоверно ниже его значений по сравнению с лицами со стресс-индуцированной без перехода в эссенциальную АГ ($28,4 \pm 3,1$ усл.ед. и $37,6 \pm 2,8$ усл.ед. соответственно, $p < 0,05$).

Заключение:

Пациенты со стресс-индуцированной АГ, у которых наблюдался переход в эссенциальную АГ, отличаются более выраженным напряжением нейровегетативной системы.

1.26. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ СДВИГОВ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

НАРЗУЛЛАЕВА А. Р., РАХИМОВ З. Я.

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ ТИППМК, МЗ РТ, г. ДУШАНБЕ, ТАДЖИКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности клинико-функциональных проявлений артериальной гипертензии сердца у женщин в период перименопаузы во взаимосвязи с развивающимися гормональными сдвигами

Материал и методы:

Нами обследовано 95 женщин в возрасте от 37 до 55 лет (средний возраст $44,5 \pm 0,6$ лет), страдающих артериальной гипертензией. В зависимости от степени нарушения менструальной функции все пациентки были разделены на 2 группы: I группу составили 30 женщин в перименопаузальном периоде, II группу – 65 женщин в постменопаузальном периоде, продолжительность которого составляла в среднем $11,8 \pm 0,6$ месяцев. Всем больным проводилось измерение АД, определялись содержание в крови общего холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности и триглицеридов, эстрадиола и прогестерона. Степень выраженности климактерического синдрома оценивалась по методу Куппермана с определением модифицированного менопаузального индекса (ММИ).

Результаты:

При изучении содержания эстрадиола в сыворотке крови было выявлено снижение уровня данного гормона в обеих группах. Содержание эстрадиола в I группе составило $148,3 \pm 5,6$ пмоль/л, во II группе его уровень был в 2 раза

ниже ($72,2 \pm 2,0$ пмоль/л). В среднем ММИ в I группе составлял $38,7 \pm 1,6$ баллов, во II группе – $48,3 \pm 1,5$ баллов ($p < 0,001$). Проведенный корреляционный анализ выявил наличие тесной корреляционной взаимосвязи уровня эстрадиола в крови со следующими показателями: уровнем САД ($r = -0,61$, $p < 0,01$), уровнем ДАД ($r = -0,47$, $p < 0,01$), вариабельностью САД ($r = -0,52$, $p < 0,02$), уровнем ОХ ($r = 0,51$, $p < 0,02$), ТГ ($r = -0,47$, $p < 0,02$), уровнем ХС ЛПНП ($r = -0,41$, $p < 0,05$), ХС ЛПВП ($r = +0,30$, $p < 0,05$) и уровнем глюкозы натощак ($r = -0,35$, $p < 0,05$), а также ИМТ ($r = -0,55$, $p < 0,01$). Пациентки с низким уровнем эстрогенов характеризовались более тяжелым течением АГ: более высокими цифрами САД ($186,5 \pm 1,9$ мм рт.ст., против $175,4 \pm 2,1$ мм рт.ст. $p < 0,02$), часто кризовым течением АГ, более высокой вариабельностью САД ($15,6 \pm 2,9$ мм рт.ст. против $11,4 \pm 3,6$ мм рт.ст., $p < 0,05$), выраженными утренними подъемами АД.

Заключение:

Таким образом, снижение эстрадиола в период перименопаузы у женщин ассоциировано с развитием тяжелого КС, гемодинамическими, метаболическими нарушениями, ответственно за формирование дислипидемий, нарушений жирового и углеводного обмена.

1.27. ОСОБЕННОСТИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Осипова Е. В., Мельникова Л. В., Крылова А. В.

ГБОУ ДПО ПИУВ МЗ РФ, г. Пенза, Россия

Материал и методы:

В исследование было включено 37 человек (26 женщины и 11 мужчин). В зависимости от стадии эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) пациентов разделили на 3 группы. С первой стадией ЭАГ было осмотрено 6 пациентов (4 женщины и 2 мужчин), средний возраст $30,2 \pm 8,8$ лет, вторую группу составили 20 человек (14 женщин и 6 мужчин), средний возраст $55,5 \pm 11,4$ лет, в третью группу вошли 11 больных ЭАГ (8 женщин и 3 мужчин), средний возраст $61,1 \pm 9,8$ лет. По возрасту и полу достоверных различий между группами выявлено не было. Критериями исключения явились: неудовлетворительная ультразвуковая визуализация почек и почечного кровотока, стенозы почечных артерий, острые и хронические заболевания почек, острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения. Проводилось триплексное сканирование почечных артерий (ПА) на аппарате Vivid 7 Dimension (General Electric) после 10-ти минутного отдыха пациента. Анализировались показатели кровотока в устье и дистальном отделе основных почечных артерий, в сегментарных и междолевых почечных артериях. Оценивались следующие характеристики: пиковая систолическая скорость (Vps), индекс резистентности (RI).

Результаты:

Наблюдались достоверные изменения скоростных характеристик кровотока в первом сегменте почечных артерий в зависимости от стадии ЭАГ. Пиковая систолическая скорость уменьшалась от $73,1 \pm 24,9$ см/с у пациентов I стадии до $48,2 \pm 12,7$ см/с ($p = 0,014$) у больных III стадией ЭАГ. Разницы в показателях Vps между группами в сегментарных и междолевых артериях обнаружено не было. При возрастании стадии эссенциальной артериальной гипертензии обнаруживалось достоверное увеличение индексов резистентности в сегментарных и междолевых артериях. Так, у пациентов с первой стадией ЭАГ RI в сегментарных почечных артериях составил

$0,52 \pm 0,04$, а при второй и третьей стадии показатели были значительно выше – $0,59 \pm 0,06$ и $0,62 \pm 0,07$ соответственно ($p = 0,014$ при сравнении второй группы с первой и $p = 0,006$ при сравнении третьей и первой групп). Схожие изменения параметров RI наблюдались и в междолевых почечных артериях. Значения индекса резистентности у больных со II ($0,57 \pm 0,06$, $p = 0,0018$) и III ($0,60 \pm 0,04$, $p = 0,00001$) стадией ЭАГ были более высокими, чем первой группе ($0,48 \pm 0,03$). В устьях и дистальных отделах почечных артерий достоверных различий между группами не выявлено.

Заключение:

У больных с третьей стадией ЭАГ наблюдается повышение индексов периферического сопротивления в сегментарных и междолевых почечных артериях и снижение скоростных характеристик кровотока в I сегменте ПА по сравнению с первой и второй стадией.

1.28. ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хафизова Л. Ш., Хамидуллаева Г. А.,

Абдуллаева Г. Ж., Срождинова Н. З., Шакирова Н. Ш.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучение антигипертензивной эффективности индапамида у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от солечувствительности артериального давления.

Материал и методы:

В исследование включены 32 пациента с мягкой и умеренной АГ (I-II степень АГ ЕОК/ЕОГ 2007) в среднем возрасте $47,83 \pm 9,34$ лет. Проводилась монотерапия индапамидом в дозе 2,5 мг/сут (Индап, "PRO.MED.CS"). Офисное артериальное давление измерялось методом Короткова. Всем больным до включения в исследование проводилась проба по Харченко, для выявления солезависимой АГ, которая диагностировалась при повышении среднего АД на 10 мм рт.ст. и более через 2 часа после перорального приема солевого раствора, из расчета 0,22 г поваренной соли на вес больного. Длительность монотерапии 12 недель. Результаты исследования представлены как $M \pm SD$.

Результаты:

По реакции АД на прием поваренной соли, больные были разделены на солечувствительных (положительная проба по Харченко) $n = 20$ (62,5%) больных и соль нечувствительных $n = 12$ (37,5%) больных. У солечувствительных больных отмечено достоверно высокий уровень диастолического АД (ДАД) по сравнению с соль нечувствительными больными, различий по систолическому (САД) и среднему АД (АДср.) не было: САД $153,5 \pm 12,68$ мм рт.ст. против $150,0 \pm 7,07$ мм рт.ст., ДАД $99,0 \pm 7,71$ мм рт.ст. против $93,3 \pm 6,51$ мм рт.ст. ($p = 0,041$), АДср. $117,16 \pm 8,67$ мм рт.ст. против $112,22 \pm 4,2$ мм рт.ст. На фоне 12-недельной монотерапии индапамидом отмечалось достоверное снижение АД в обеих группах с достижением целевых уровней АД в группе солечувствительных больных в 70% случаев, в группе соль нечувствительных больных в 83,3% случаев.

Заключение:

У больных с мягкой и умеренной АГ в 62,5% случаев выявлялась солечувствительная АГ, характеризующаяся достоверно высоким уровнем ДАД. На фоне 12-недельной монотерапии индапамидом отмечалось достоверное снижение САД и ДАД вне зависимости от солечувствительности, однако достижение целевых уровней АД превалировало у солечувствительных больных по сравнению с сольчувствительными больными 83,3% и 70% соответственно.

1.29. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ТЕРАПИИ БИЛОБИЛОМ ФОРТЕ

АНДРЕИЧЕВА Е. Н.

КГМУ, г. Казань, РЕСПУБЛИКА ТАТАРСТАН

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертония и атеросклероз - основные причины развития дисциркуляторной энцефалопатии. Эффективная гипотензивная и гиполипидемическая терапия замедляет прогрессирование этих нарушений, но часто пациенты нуждаются в дополнительных средствах. Целью исследования являлось изучение эффективности и безопасности препарата Билобил форте у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II ст. гипертонического и/или атеросклеротического генеза.

Материал и методы:

Группа из 24 больных гипертонической болезнью II стадии (11 муж. и 13 жен., средний возраст $50,4 \pm 2,3$ лет), в течение 12 мес находившихся под наблюдением в стабильном состоянии (САД 120 ± 15 , ДАД 70 ± 13 мм рт.ст., общий холестерин $4,1 \pm 0,5$ ммолл, ЛПНП $1,6 \pm 0,35$ ммолл) на фоне гипотензивной и гиполипидемической терапии, получали Билобил форте 80мг 3рд в течение 3 мес. Для оценки качества жизни использованы опросники EQ5D и ВАШ за 3 мес до назначения Билобила, непосредственно перед началом его приема и после 3х-месячного курса. Оценка переносимости Билобил форте проводилась на основании объективных клинических данных, шкалы оценки клинического состояния CGI-I.

Результаты:

Динамика показателей: по ВАШ- $61,3 \pm 3,5$ исходно, $63,4 \pm 4,6$ перед началом терапии Билобилом, $72,6 \pm 3,3$ ($p < 0,05$) после окончания курса; по EQ5D показатели активности, способности к самообслуживанию исходно были высокими и не изменились на фоне приема Билобила, 87,5% больных отметили исчезновение тревоги и депрессии после курса Билобила. По шкале CGI-I - 21 пациент отметил «значительное улучшение», 1 - «очень значительное улучшение», 2 - «минимальное улучшение». У всех пациентов не было отмечено побочных эффектов и отрицательного взаимодействия с препаратами базовой терапии.

Заключение:

Билобил в дозе 240мгсут в течение трехмесячного курса лечения был безопасен и эффективен в лечении дисциркуляторной энцефалопатии у пациентов с артериальной гипертонией и атеросклерозом.

1.30. ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НЕЙРЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

ЧИРВА О. В., ФАДЕЕНКО Г. Д., НЕСЕН А. А.

ГУ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТЕРАПИИ ИМ. Л.Т.МАЛОЙ НАМН УКРАИНЫ", г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Оценка особенностей суточного профиля артериального давления (АД) у лиц молодого возраста, больных кардиальной формой нейрциркуляторной дистонии (НЦД), с использованием суточного мониторирования АД (СМАД).

Материал и методы:

Обследовано 68 лиц (54 мужчин, 14 женщин) с установленным диагнозом НЦД, кардиальная форма, средний возраст ($24,2 \pm 0,6$) лет. СМАД проводили с использованием портативного аппарата АВРМ-04 (Meditech, Венгрия). Критерием верификации повышения АД при СМАД было среднесуточное АД $\geq 130/80$ мм рт.ст., днем – АД $\geq 135/85$ мм рт.ст. и в ночное время – АД $\geq 120/70$ мм рт.ст. согласно рекомендациям Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) (2013).

Результаты:

Оценка среднесуточных уровней систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД показала, что у 19 больных (27,9 %) наблюдалось повышение АД (среднее САД составило $144,7 \pm 1,7$ по сравнению с лицами, имеющими нормальные цифры САД, $120,9 \pm 1,0$ мм рт.ст.; среднее ДАД составило $81,9 \pm 1,9$ и $68,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. соответственно, $p < 0,001$). При сравнении группы лиц с установленным повышением АД и группы нормотензивных лиц на фоне НЦД выявлены достоверные различия для таких показателей СМАД: частота сердечных сокращений – ($79,7 \pm 2,4$) и ($73,7 \pm 1,3$) ударов в минуту, $p = 0,024$; вариабельность САД за период в целом – ($16,6 \pm 0,81$) и ($4,4 \pm 0,4$) мм рт.ст., $p = 0,01$; вариабельность САД днем – ($15,8 \pm 1,0$) и ($13,3 \pm 0,4$) мм рт.ст., $p = 0,006$; индекс времени гипертонической нагрузки (ИВ) САД за период в целом – ($79,7 \pm 2,6$) и ($25,4 \pm 2,3$) %, $p < 0,001$; ИВ ДАД за период в целом – ($52,6 \pm 5,7$) и ($15,9 \pm 2,0$) %, $p < 0,001$. Лишь у половины обследованных больных (55,9 %) НЦД наблюдались оптимальные значения суточного индекса АД («dipper»). Недостаточное ночное снижение САД («non-dipper») отмечалось у 33,8 % и ДАД – 14,7 % пациентов, чрезмерное ночное снижение («over-dipper») ДАД – 22,1 % лиц. Повышение САД в ночное время («night-peaker») было установлено у 8,8 %, ДАД – у 7,3 % больных.

Заключение:

По результатам проведения СМАД у 1/3 молодых лиц с установленной НЦД выявлено повышение среднесуточных цифр АД, что сопровождалось тенденцией к более высоким значениям частоты сердечных сокращений, вариабельности САД и ДАД, ИВ САД и ДАД. У 44,1 % лиц наблюдались различные отклонения суточного индекса АД.

1.31. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ФАКТОРЫ ЕЁ ФОРМИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

КОРЕНЕВ Н. М., БОГМАТ Л. Ф., ЯКОВЛЕВА И. М.,
НИКОНОВА В. В., НОСОВА Е. М.

ГУ ИОЗДП НАМН УКРАИНЫ, ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Влияние различных факторов на прогрессирование артериальной гипертонии (АГ) у подростков происходит непосред-

ственно через формирование дисфункции эндотелия. Цель: установить частоту и факторы формирования эндотелиальной дисфункции у подростков с АГ в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы:

В исследование включено 120 подростков-юношей 14-18 лет с АГ, которые распределены в подгруппы в зависимости от индекса массы тела: первая (43 чел) – с нормальной массой тела (ИМТ которых находился в пределах от 5 до 85%), вторая (25 чел) – с избыточной массой тела (ИМТ находился в диапазоне от 85 до 97%) и третья (52 подростка) – с ожирением (ИМТ их был выше 97%). Всем подросткам проведено исследование эндотелиальной функции в пробах с эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой (стимулированной нитроглицерином) вазодилатацией, липидного спектра крови, углеводного и пуринового обмена, эндотелиальных факторов (эндотелин-1, микроальбуминурия -МАУ) и показателей субклинического воспаления (С-реактивный протеин, интерлейкин-6, ФНО-α).

Результаты:

Установлено, что у подростков с АГ при повышении ИМТ увеличивается глубина и частота нарушений функции эндотелия (в пробах эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации), которые тесно коррелируют с нарушениями в липидном спектре крови, углеводном и пуриновом обмене, а также сопровождаются повышением уровня эндотелина -1, факторов системного воспаления (СРП, ИЛ-6, ФНО-α) и МАУ. Многофакторный регрессионный анализ позволил выделить компоненты, которые являются наиболее значимыми в формировании нарушений эндотелиальной функции у подростков с АГ и избыточной массой тела и ожирением.

Заключение:

Особая роль в формировании дисфункции эндотелия у подростков с АГ и избыточной массой и ожирением принадлежит факторам субклинического системного воспаления (СРП, ФНО-α).

1.32. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С ЛЕРКАНИДИПИНОМ

Срожидинова Н. З., Хамидуллаева Г. А.,
Абдуллаева Г. Ж., Шакирова Н. Ш., Хафизова Л. Ш.

Республиканский Специализированный Центр
Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан,

Введение (цели/задачи):

Оценить антигипертензивную и органопротективную эффективность и метаболическую нейтральность индапамида у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 25 больных с АГ 2 и 3 степени (ЕОГ/ЕОК, 2007). Средний возраст больных составил 40,9±7,9 лет. Всем больным проводились ЭхоКГ, тест с реактивной гиперемией, определение толщины КИМ, липидов, глюкозы крови и МАУ. Больные получали индапамид («Индап», ProMed Prague) в дозе 2,5 мг/сут и лерканидипин («Леркамен», Berlin Chemie) в дозе 10-20 мг/сут в течение 12-недель.

Результаты:

Комбинированная терапия индапамида с лерканидипином показала хорошую антигипертензивную эффективность к концу 12-недели. Так, уровень САД снизился на 24,3% (от 159,7±12,7 мм рт.ст. до 120,3±6,0 мм рт.ст., p=0,000). Снижение ДАД со-

ставило 22,9% (от 100,3±2,7 мм рт.ст. до 77,2±4,6 мм рт.ст., p=0,000). При этом целевые значения САД и ДАД достигли все больные. Также на фоне терапии отмечалась достоверная регрессия ГЛЖ: индекс ММЛЖ снизился с 146,4±35,4 г/м² до 130,5±23,1 г/м², p=0,009. На фоне комбинированной терапии выявлено улучшение ЭЗВД. Так, ΔD% достигло 11,6±5,5% против 7,9±3,4% (p=0,009). Отмечалась тенденция к снижению уровня МАУ с 12,7±10,9 мг/л против 22,2±21,77 мг/л, p>0,05. Толщина КИМ на фоне терапии достоверно не изменялась: с 0,95±0,33 мм против 0,94±0,29 мм, p>0,05. Комбинированная терапия индапамида с лерканидипином не оказывала негативное влияние на липидный и углеводный обмен.

Заключение:

Наряду с антигипертензивной эффективностью комбинированная терапия индапамида с лерканидипином приводит к регрессии ГЛЖ и улучшению ЭЗВД, при этом комбинация является метаболически нейтральной.

1.33. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ПОДРОСТКОВ

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

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, КАЗАХСТАН,
СПбГМУ им. Акад.И.П.Павлова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/задачи):

Общепризнано, что течение хронического пиелонефрита нередко приводит к формированию нефросклероза и хронической почечной недостаточности (ХПН). Вполне очевидно, что при наличии артериальной гипертензии (АГ) и протеинурии у больных хроническим пиелонефритом необходимы антигипертензивные препараты, обладающие нефропротективными свойствами. Достижение антипротеинурического эффекта, наряду с эффективным контролем АД – важнейшая цель в стратегии нефропротекции. С этой целью предпочтение отдается ингибиторам АПФ. Целью нашего исследования явилось изучение влияния ингибитора АПФ – рамиприла (Хартила) на некоторые функциональные показатели почек у подростков, страдающих хроническим пиелонефритом.

Материал и методы:

Под нашим наблюдением находилось 30 больных хроническим пиелонефритом в возрасте от 17 до 21 года (средний возраст 19,3±0,9); мужчин – 4, женщин – 26. Артериальная гипертензия выявлена у 12 больных, протеинурия у 24 больных.

Результаты:

АГ была обнаружена у 12 больных, в 50% - изолированная АГ, в 50% - в сочетании с протеинурией. Систолическое давление (САД) не отличалось у больных с сопутствующей протеинурией: 152,7±1,2 и 151,6±1,3; на уровень диастолического давления (ДАД) также не оказывало влияние наличие протеинурии: 98,7±0,9 и 99,4±1,1. Суточная экскреция белка с мочой в г/сут, вычисленная отношением белок/креатинин в разовой пробе мочи, составила у больных с изолированной протеинурией 1,5±0,3 и несколько больше была при сочетании с АГ 1,92±0,7. СКФ у больных с изолированной АГ и протеинурией существенно не отличалась (88,9±1,3 и 89,6±1,1 мл/мин соответственно), тогда как в группе больных с сочетанием АГ и протеинурией она оказалась ниже (80,5±1,4).

Заключение:

Таким образом, полученные нами результаты применения Хартила у больных хроническим пиелонефритом подтверждают влияние препарата на функцию почек, что наглядно демонстрируют снижение не только уровня АД, но и степени протеинурии при сочетании АГ с последней. Снижение суточной экскреции белка с мочой отмечено и у больных с изолированной протеинурией, получавших Хартил в дозе по 2,5 мг/сут. Причем, степень уменьшения протеинурии не зависела от дозы препарата: при дозе 2,5 мг/сут в течение 4 недель – снижение на 35%, а при дозе 5 мг/сут – на 37,5%. В то же время динамика уровня АД в процессе лечения Хартилом только имела тенденцию к снижению и более выражена была при более высокой дозе препарата. СКФ остается при динамическом наблюдении без изменений, что свидетельствует о стабилизации процесса, отсутствии прогрессирования патологии почек.

1.34. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АТАРБАЕВА В.Ш., ДЖУСИПОВ А.К., ИМАНТАЕВА Г.М.,
АБДИРОВА Т.М., МЫРЗАГУЛОВА А.О., КУРМАНБЕКОВА Г.Ж.,
ТАНАШЕВА Г.Ш., ИДРИСОВ У.А., РЫСБАЕВ Ж.И.,
ЛЕЩИНСКАЯ-ПОПОВА И.Е.

Алматинский государственный институт
усовершенствования врачей МЗ РК

Введение (цели/задачи):

Комбинированная терапия является основой современной стратегии ведения пациентов, реально обеспечивающей возможность достижения целевых уровней артериального давления. Фиксированные комбинации необходимо широко использовать в лечении больных с артериальной гипертензией (АГ), поскольку обладают хорошей эффективностью и переносимостью, связанной с низкой дозировкой составляющих компонентов и простотой использования, способной улучшить долгосрочную приверженность пациентов к лечению. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния на клинично-функциональные показатели комбинированного препарата «Вазотенз Н» у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 30 больных артериальной гипертензией 3 степени, риск 4, средний возраст 57,5±1,3 лет. Проведены: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование артериального давления (аппарат BPLab®, Россия). Больные принимали 1 раз в сутки Вазотенз Н (фарм.компания «Актавис», Исландия) - фиксированная комбинация: лосартан 50 мг/гидрохлортиазид 12,5мг.

Сроки исследования: исход - 3 месяца от начала терапии.

Результаты:

Результаты исследования показали, что Вазотенз Н является эффективным антигипертензивным препаратом, способствующим нормализации и стабилизации уровня систолического и диастолического артериального давления у больных АГ, положительно влияет на показатели внутрисердечной гемодинамики, способствует регрессу процесса ремоделирования миокарда. Препарат «Вазотенз Н» обладает пролонгированным 24-часовым антигипертензивным действием, что выражается в уменьшении средних показателей и вариабельности

систолического и диастолического артериального давления.

Заключение:

Фиксированная комбинация препарата «Вазотенз Н» является эффективной и безопасной, что способствует повышению комплаентности, снижению процента госпитализаций, улучшению качества жизни больных с АГ.

1.35. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ПРЕСТАНС

ЗЕЛВЕЯН П.А., ПОДОСЯН Г. А., МКРТЧЯН В.Г.

Национальный институт здравоохранения
им. АКАД. С.Х. АВДАЛБЕКЯНА МЗ РА,
ЦЕНТР ПРЕВЕНТИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ, г. ЕРЕВАН, АРМЕНИЯ

Введение (цели/задачи):

Эффективный контроль артериального давления (АД) является ключевой стратегией снижения бремени сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования: оценка эффективности применения фиксированных доз комбинированного препарата Престанс у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Проанализированы данные базы исследования «PRIORITY» (PResistance – arterial hypertension efficacy evaluation with newly diagnosed and uncontrolled patients study), проведенного в 2012 г. в городе Ереване. В исследование включены 547 больных (185 мужчины, средний возраст 63,0±10,1 лет), с неэффективно контролируемой АГ. Согласно протоколу исследования, предшествовавшая неэффективная антигипертензивная терапия (протитрованная в течение не менее одного месяца) отменялась и назначался Престанс в разных комбинированных дозах в зависимости от АД. «Конечными точками» считали случаи достижения целевых уровней АД через 1, 3 и 6 месяцев от начала исследования. Статистический анализ проведен программой SPSS v17.0, в 95% доверительных интервалах. Сравнительный анализ средних значений переменных проведен «парным методом» Стьюдента. Показатели представлены как среднее значение ± стандартное отклонение.

Результаты:

В конце первого месяца наблюдалось достоверное снижение средних показателей систолического и диастолического АД (САД и ДАД) на 23,4±16,0 и 9,0±9,9 мм рт.ст. соответственно ($p<0,0001$). К концу исследования средние показатели САД/ДАД снижались с 167,7±17,7/98,1±10,7 мм рт.ст. до 130,8±11,3/80,6±5,9 мм рт.ст. соответственно ($p<0,0001$). На первом месяце исследования у 26,7% пациентов регистрировались показатели АД <140/90 мм рт.ст. К концу 3-го месяца лечения целевые показатели достигнуты более чем у 50% больных. Антигипертензивная терапия Престансом в течение 6 месяцев сопровождалась снижением АД более чем у 70% больных с неконтролируемой АГ.

Заключение:

Применение фиксированных доз комбинированного препарата Престанс у больных с неконтролируемой АГ привело к эффективному контролю с достижением целевых уровней АД.

1.36. HYPERTRIGLYCERIDEMIC WAIST PHENOTYPE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ASHCHEULOVA T. V., SAED MA

KHARKIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY, KHARKIV, UKRAINE

Введение (цели/задачи):

We assessed association between hypertriglyceridemic waist phenotype (HTGW) and cardiometabolic risk factors: hypertension, obesity, carbohydrates metabolism disorders, and biomarkers of immune inflammatory activity.

Материал и методы:

101 patients with arterial hypertension were examined. HTGW was defined as a waist circumference (WC) of 90 cm and more in male, and 85 cm and more in female, and a triglyceride level of 1.7 mmol/L or more. Patients were divided into 3 groups: 1st group (n=10) with hypertriglyceridemia and normal WC, 2nd group (n=25) with normal triglyceride level and increased WC, 3rd group (n=66) with HTGW.

Результаты:

The patients of 3rd group characterized by maximum blood pressure levels (SBP-166.50±1.83 mmHg, DBP-102.89±0.94 mmHg) as compared with 1st group (SBP-142.91±0.99 mmHg, DBP-91.64±0.93 mmHg, p<0.05) and 2nd group (SBP-159.44±3.23 mmHg, DBP-100.32±1.48 mmHg, p<0.05). Body mass index (BMI) in 3rd group was also highest (31.05±0.61 kg/m²) vs 1st (23.95±0.91 kg/m²) and 2nd one (30.21±1.00 kg/m²). Fasting insulin levels were elevated in patients of 3rd group with HTGW (14.66±0.95 mU/ml), and same in 1st (12.52±2.79 mU/ml) and 2nd (12.31±1.41 mU/ml) groups. Plasma interleukin-18 (IL-18) – pro-inflammatory cytokine levels in 3rd group were 176.97±2.38 pg/ml, that was statistically higher in comparison with 1st (167.73±7.21 pg/ml), 2nd (172.40±5.61 pg/ml).

Заключение:

Our results suggest that hypertriglyceridemic waist phenotype is a simple and inexpensive marker to help identify patients with high cardiometabolic risk profile.

2. ГЕНЕТИКА И КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

2.1. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА И АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиева Т. А., Камилова У. К.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить взаимосвязь аденилатциклазной активности и генетического полиморфизма гена β -рецепторов у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 72 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Все больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-Йоркской классификации кардиологов (NYHA) по данным проведения теста 6-минутной ходьбы (ТШХ): 1-ую группу составили 35 больных ХСН II ФК и 2-ую группу - 37 больных ХСН III ФК по классификации NYHA. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Плотность бета-адренорецепторов эритроцитов у больных ХСН определяли с использованием набора реактивов « β -АРМ-АГАТ» (Россия). Активность аденилатциклазы в гомогенате эритроцитов определяли по методике Solomon (1979). Генотипирование проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты:

Исходная плотность эритроцитарных бета2-адренорецепторов у больных II ФК ХСН превышала показатели контрольной группы в 2,4 раза составляя $27,7 \pm 1,4$ усл.ед., тогда как у больных с III ФК ХСН данный показатель превышал значения контрольной группы в 2,9 раз составляя $30,8 \pm 1,3$ усл.ед. ($P < 0,001$). У обследованных больных увеличение плотности β 2-АР сопровождалось десентитизацией аденилатциклазной системы, которое было наиболее выражено у больных с III ФК ХСН. У больных со II ФК ХСН базальная активность аденилатциклазы составил $4,15 \pm 0,14$ пмоль/мг/мин, с III ФК ХСН $3,56 \pm 0,13$ пмоль/мг/мин. против $6,1 \pm 0,19$ пмоль/мг/мин контрольной группы. При генотипировании было отмечено, что более выраженное снижение базальной активности выявлялась в группе Gly389 гомозигот по сравнению с группой Arg389.

Заключение:

У больных ХСН в группе Gly389 гомозигот отмечались более выраженные нарушения активности аденилатциклазной системы.

2.2. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ПРОВОДИМОСТИ

Никулина С. Ю., Шульман В. А., Чернова А. А., Третьякова С. С., Зайцев Н. В., Малюткина И. И., Базарова А. С.

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Введение (цели/задачи):

Проанализировать роль полиморфных аллельных вариантов гена eNOS в развитии атриовентрикулярной блокады (АВБ) и синдрома слабости синусового узла (СССУ).

Материал и методы:

Обследованы 69 больных с АВБ (36 мужчин и 33 женщины), 90 больных с синдромом слабости синусового узла (33 мужчины и 57 женщин). Всем обследуемым проведено стандартное клиничко-инструментальное кардиологическое обследование, а также молекулярно-генетическое исследование полиморфизма 4a/4b гена eNOS методом ПЦР. Группа контроля представлена популяционной выборкой из 220 человек (136 женщин и 84 мужчины), обследованных в рамках программы ВОЗ «MONICA».

Результаты:

Установлено, что частота встречаемости гомозиготного генотипа по редкому аллелю (4b/4b) среди больных АВБ ($26,1\% \pm 5,3$) была выше по сравнению с контрольной выборкой ($3,2\% \pm 1,2$, $p < 0,001$). Также отмечена явная тенденция к снижению носителей гомозиготного генотипа по распространенному аллелю (4a/4a) среди больных АВБ ($47,8\% \pm 6,0$) в сравнении с группой контроля ($71,4\% \pm 3,0$) ($p < 0,001$). Частота встречаемости гомозиготного генотипа по редкому аллелю (4b/4b) среди больных СССУ ($31,1\% \pm 4,9$) также была выше по сравнению с контрольной выборкой ($3,2\% \pm 1,2$, $p < 0,001$). Наблюдалась тенденция к снижению числа носителей гомозиготного генотипа по распространенному аллелю (4a/4a) среди больных СССУ ($38,9\% \pm 5,1$) в сравнении с группой контроля ($71,4\% \pm 3,0$) ($p < 0,001$). Аналогичная тенденция наблюдалась в подгруппах мужчин и женщин с АВБ и в подгруппах мужчин и женщин с СССУ проанализированных в отдельности.

Заключение:

Таким образом, результаты проведенного исследования показывают, что во всех обследуемых группах больных с нарушениями сердечной проводимости преобладает гомозиготный генотип по более редкому аллелю 4b, что свидетельствует о его роли в развитии атриовентрикулярных блокад и синдрома слабости синусового узла

2.3. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C9 ПРИ ПОДБОРЕ ДОЗЫ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Малярчук И. В., Горовенко Н. Г., Крикунов А. А., Бабочкина А. Р.

НМАПО имени П.Л. Шупика,
ГУ «Институт генетической и регенеративной медицины»,
ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова», г. Киев, Украина

Введение (цели/задачи):

Согласно современным рекомендациям, пациенты с повышенным риском тромбозомболических осложнений (ТЕО), должны получать профилактическую антикоагулянтную терапию. Многочисленные исследования доказали высокую эффективность варфарина для профилактики ТЕО у пациентов с протезированными клапанами сердца. Необходимость дости-

жения баланса между предотвращением ТЕО и риском возникновения кровотечений требует тщательного подбора индивидуальной дозы варфарина. Несмотря на разработанные методы лабораторного контроля при терапии варфарином, риск возникновения геморрагических осложнений остается высоким. Известно, что индивидуальная чувствительность к варфарину обусловлена полиморфизмом гена CYP2C9. Полиморфизм гена CYP2C9 (OMIM *601130) ассоциированный со снижением ферментативной активности фермента CYP2C9, который гидроксилирует варфарин и может приводить к клинически значимым колебаниям концентрации препарата в плазме крови и, соответственно, к изменениям его антикоагуляционного эффекта. Целью нашего исследования было проведение анализа зависимости величины подобранной дозы варфарина и степени гипокоагуляции от генотипа гена CYP2C9 у пациентов с протезированными клапанами сердца.

Материал и методы:

В исследование включено 155 пациентов, которые перенесли операцию протезирования клапанов сердца и получали терапию варфарином, из них 105 мужчин (67,74%), 50 женщин (32,26%), средний возраст пациентов составил $51,7 \pm 1,1$ лет. У пациентов был проведен анализ зависимости величины дозы варфарина от генотипов по аллельным вариантам *2 и *3 гена CYP2C9. Учитывали следующие характеристики периода подбора дозы варфарина: суточную дозу, необходимую для поддержания значений целевого уровня международного нормализованного отношения (МНО) в мг и промежуточные значения МНО. Стартовая доза варфарина составляла 5 мг в сутки. Подбор дозы варфарина осуществлялся до достижения значений целевого уровня МНО от 2,5 до 3,5. Подобранной считали дозу варфарина, при которой целевые значения уровня МНО определялись в двух последовательных анализах. Пациенты, у которых на этапе подбора дозы варфарина наблюдалось повышение значений уровня МНО $>3,5$, вошли в подгруппу А (n=35), пациенты, у которых значения уровня МНО не выходили за границы целевых значений, вошли в подгруппу В (n=120).

Результаты:

Нами определены частоты комбинаций генотипов по аллельным вариантам *2 и *3 гена CYP2C9. Генотип *1*1 – обнаружен у 103 пациентов (66,45%), генотип *1*2 – у 28 человек (18,06%), *1*3 – у 18 пациентов (11,61%), *2*2 – у 1 пациента (0,65%), *2*3 – у 4 пациентов (2,58%), *3*3 – у 1 пациента (0,65%). Частота носителей нефункциональных аллелей *2 и *3 гена CYP2C9 среди пациентов с протезированными сердечными клапанами, составила 33,55%. Средняя суточная доза варфарина у пациентов с комбинацией генотипов *1*1 составила $3,7 \pm 0,15$ мг и была достоверно больше величин доз варфарина у пациентов с комбинацией генотипов *1*3 – $2,47 \pm 0,26$ мг и *2*3 – $0,78 \pm 0,16$ мг, и достоверно не отличалась ($p > 0,05$) от дозы варфарина у пациентов с комбинацией генотипов *1*2 – $3,24 \pm 0,22$ мг. У пациента с комбинацией генотипов *2*2 подобранная суточная доза варфарина составила 5 мг, а у пациента с комбинацией генотипов *3*3 подобранная суточная доза варфарина составила 1,25 мг. Был проведен сравнительный анализ комбинации генотипов по аллельным вариантам *2 и *3 гена CYP2C9 между подгруппами пациентов, у которых на этапе подбора дозы варфарина были зафиксированы эпизоды чрезмерной гипокоагуляции (МНО $>3,5$) и у пациентов, у которых значения уровня МНО находились в терапевтическом диапазоне. Так, у пациентов с комбинацией генотипов *1*1 значения уровня МНО превышали границы терапевтического диапазона достоверно реже.

У пациентов с комбинацией генотипов *1*3 риск возникновения чрезмерной гипокоагуляции был достоверно увеличен почти в 6 раз. У пациентов с комбинацией генотипов *1*2 не найдено достоверной разницы повышения значений уровня МНО $>3,5$ на этапе подбора дозы варфарина.

Заключение:

В связи с высокой частотой носителей аллелей *2 и *3 гена CYP2C9 среди пациентов с протезированными клапанами сердца, необходимо рекомендовать внедрение в клиническую практику лечебных учреждений фармакогенетическое тестирование до назначения варфарина для оптимизации терапии.

2.4. ПОЛИМОРФИЗМ G681A ГЕНА CYP2C19 И ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Муслимова Э. Ф., РЕБРОВА Т. Ю., СЕРГИЕНКО Т.Н.,
АФАНАСЬЕВ С. А., РЕПИН А. Н.

ФГБУ "НИИ Кардиологии" СО РАМН, г. Томск, Россия

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить связь полиморфизма G681A гена CYP2C19 с риском развития осложнений после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы:

Обследовано 152 больных ИБС обоего пола (средний возраст $58,3 \pm 8,8$ лет), прошедших стентирование коронарных артерий. Пациенты получали стандартную антиагрегантную терапию, включающую клопидогрел (75 мг/сут) и ацетилсалициловую кислоту (75 мг/сут). Также всем больным назначалась адекватная терапия статинами. Тест индуцированной агрегации тромбоцитов с АДФ для определения эффективности клопидогрела проведен 124 больным. Варианты полиморфизма G681A определили методом аллель-специфичной ПЦР с использованием праймеров НПФ «Литех» (г. Москва) с электрофоретической детекцией. Для анализа результатов использовали критерии Манна-Уитни и χ^2 Пирсона.

Результаты:

Полиморфизм G681A представлен в популяции в соотношении 78,9%, 18,4% и 2,6% для генотипов GG, GA, AA. При дальнейшем анализе гомозиготы AA рассматривали вместе с гетерозиготами GA. Резистентность к клопидогрелу отмечена у 4% пациентов, слабая эффективность установлена у 23,4% пациентов. Достоверной ассоциации полиморфизма с лабораторной резистентностью к клопидогрелу не обнаружено. У мужчин-носителей аллеля А наблюдалось умеренное повышение агрегации тромбоцитов при проведении теста индуцированной агрегации тромбоцитов с АДФ (5,0 мкМ) – 51,0 (41,3-53,0)% против 45,9 (39,5-50,1)% при генотипе GG, но различия не были статистически достоверными ($p = 0,068$). Обнаружена ассоциация между генотипами и уровнем общего холестерина и триглицеридов у мужчин. У носителей генотипа GG уровень общего холестерина составил 4,90 (4,10-5,85) ммоль/л, уровень триглицеридов – 1,58 (1,30-2,30) ммоль/л, в то время как у носителей генотипов GA и AA – 6,30 (5,60-6,8) ммоль/л и 2,34 (1,76-2,65) ммоль/л ($p = 0,002$ и $p = 0,016$, соответственно).

Заключение:

У больных ИБС мужского пола обнаружена ассоциация генотипов GA и AA с повышенным уровнем общего холестерина и триглицеридов. Не выявлена зависимость между полиморфизмом G681A гена CYP2C19 и эффективностью действия клопидогрела.

2.5. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АРОЕ, АРОСIII, СЕТР У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В СИБИРИ

ШАХТШНЕЙДЕР Е. В., АСТРАКОВА К. С., РАГИНО Ю. И., ЧЕРНЯВСКИЙ А. М., КАШТАНОВА Е. В., ПОЛОНСКАЯ Я. В., ВОЕВОДА М. И.

ФГБУ НИИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СО РАМН, ФГБУ НИИПК им. АКАД. Е.Н. МЕШАЛКИНА Минздрава РФ, г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/задачи):

Выполнен анализ полиморфизма Sst1 (C3238G) гена аполипопротеина CIII (АРОСIII), полиморфизма $\epsilon 2/\epsilon 3/\epsilon 4$ кодирующей части гена аполипопротеина Е (АРОЕ), полиморфизма TaqIB (G279A) гена белка переносящего эфиры холестерина (СЕТР) у мужчин с коронарным атеросклерозом (КА) и у мужчин в европеоидной популяции Сибири.

Материал и методы:

В исследование включены 2 группы мужчин. Основная группа – 61 пациент – жители Западно-Сибирского региона с коронароангиографически документированным коронарным атеросклерозом. Группа сравнения – 150 мужчин – репрезентативная популяционная выборка, сформированная с помощью таблицы случайных чисел из жителей г. Новосибирска (в рамках международного проекта «Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе» НАРПЕЕ, руководители в РФ – акад. Ю.П. Никитин, проф. С.К. Малютин). Показатели липидного профиля крови измеряли энзиматическими методами. Генотипирование полиморфизмов генов проводили по стандартным методикам (для 29 пациентов с КА и 130 человек из популяционной выборки).

Результаты:

Частота аллелей полиморфизма гена АРОСIII составила в группе с КА Sst1+ – 84.5%, Sst1- – 15.5%, в популяции Sst1+ – 87.8%, Sst1- – 12.2%. Частота аллелей полиморфизма гена АРОЕ в группе с КА $\epsilon 2$ – 1.8%, $\epsilon 3$ – 85.7%, $\epsilon 4$ – 12.5%, в популяции $\epsilon 2$ – 4.6%, $\epsilon 3$ – 80.0%, $\epsilon 4$ – 15.4%. Частота аллелей полиморфизма гена СЕТР составила в группе с КА В1 – 58.6%, В2 – 41.4%, в популяции В1 – 53.5%, В2 – 46.5%.

Заключение:

Для АРОСIII определено повышение средних значений общего холестерина сыворотки (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП), индекса атерогенности для генотипов Sst1-/- . Для полиморфизма TaqIB гена СЕТР выявлена статистически значимая ассоциация с уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности у мужчин с КА и в популяции. Выявлена ассоциация между генотипами полиморфизма кодирующей части гена АРОЕ и уровнем ОХС и ХС-ЛНП у мужчин в популяции ($p=0.003$), средний уровень ОХС повышен при генотипах АРОЕ, содержащих аллель $\epsilon 4$.

2.6. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ NO-СИНТАЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АБДУЛЛАЕВА Ч. А., КАМИЛОВА У. К.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучение влияния полиморфизма гена индуцибельной NO-синтазы (iNOS), гена эндотелиальной NO-синтазы (eNOS) на

функцию эндотелия у больных ХСН.

Материал и методы:

Обследовано 72 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Все больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA) по данным проведения теста 6-минутной ходьбы (ТШХ): 1-ую группу составили 35 больных ХСН II ФК и 2-ую группу – 37 больных ХСН III ФК по классификации NYHA. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Сосудодвигательную функцию эндотелия плечевой артерии оценивали по методике D. S. Celermajer (1992) на аппарате Acuson 128 (США). Генотипирование проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты:

Дисфункция эндотелия у больных ХСН была связана с прогрессированием заболевания и характеризовалась снижением эндотелийзависимой вазодилатации, выраженной парадоксальной вазоконстрикцией, которые были более выражены у больных с III ФК ХСН. Выявлено, что количество Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS в гомозиготном состоянии ассоциированы с тяжестью течения ХСН. У гомозигот по аллелю Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS отмечены более выраженные нарушения эндотелийзависимой вазодилатации по сравнению с таковыми у носителей аллеля 298Asp.

Заключение:

Таким образом, установлены взаимосвязь полиморфизма генов iNOS и eNOS с тяжестью течения ХСН и полиморфизм гена eNOS (Glu298Asp) ассоциируется с нарушением эндотелийзависимой вазодилатации.

2.7. СТРУКТУРНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ACE ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

ЖАНГЕЛОВА Ш. Б., АЛЬМУХАМБЕТОВА Р. К.,

ЖАНГЕЛОВА М. Б., ХАНСЕИТОВА А. К., МЕНДЕШ М. А.

КАЗНМУ им. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА, ИНСТИТУТ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ им. АЙТХОЖИНА, г. АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

С целью изучения характера распределения генотипов гена АПФ был проведен сравнительный анализ частоты встречаемости вариантов полиморфизма гена ACE (ангиотензин конвертирующий фермент) у юношей и девушек, с лабильным и стабильным повышением АД по результатам суточного мониторинга артериального давления (СМАД).

Материал и методы:

У 52 студентов, с повышенным уровнем АД во время медосмотра, были проведены СМАД, а при выявлении лабильного и или стабильного повышения АД был проведен анализ структурного полиморфизма гена ACE. Амбулаторное СМАД проводили при помощи монитора VpLab фирмы ОАО «Петр Телегин», г. Нижний Новгород. Все обследуемые принадлежали к казахской популяции, а также проживали в городе Алматы не менее 10 лет. Молекулярно-генетические исследования выполнялись в институте молекулярной биологии им. Айтхожина. По данным СМАД было выделено две группы студентов: первая 20 студентов (11 юношей и 9 девушек) с лабильным повышением АД (общее время повышенного АД от 25 до 50 % в дневное и ночное время суток), вторая группа – 32 студента (9 юношей и 23 девушки) со стабильным повышением АД (общее время

повышенного АД более 50% в дневное и ночное время суток)

Результаты:

Достоверные результаты сравнительного распределения частот аллелей и генотипов I/D-полиморфизма гена ACE были получены в группе больных с лабильным повышением АД у девушек. «Кандидатными» генотипами, т.е. маркерами лабильного повышения АД, согласно анализа, является генотип ID (его частота 0,75), при высоком относительном риске 9,941 ($c_2=3,88$; $p<0,05$) и генотип DD (частота встречаемости 0,25), при высоком относительном риске 9,482 ($c_2=4,37$; $p<0,05$). Протективным генотипом к лабильному повышению АД у девушек является Генотип II (его частота 10,032), при высоком относительном риске 9,482 ($c_2=4,52$; $p<0,05$). У подростков со стабильным повышением АД, независимо от пола, установлены генетические маркеры предрасположенности к артериальной гипертензии: генотипы ID, DD и аллель D ($P<0,05$). Обращает на себя внимание полное отсутствие встречаемости генотипа II у подростков- юношей, в то время как у девушек данный генотип встречается в 26% случаях, что заметно ниже, чем в контрольной группе.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют, что маркером предрасположенности к артериальной гипертензии является наличие аллеля D в генотипе, тогда как генотип II играет роль протектора в развитии артериальной гипертензии

2.8. ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЛИМОРФИЗМ C677T ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ

Павлова О. С., Черняк С. В., Огурцова С. Э.,
Теплоухова Ю. С., Афонин В. Ю., Мрочек А. Г.

РНПЦ «Кардиология», Институт биоорганической химии НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Изучить распределение C677T полиморфизма фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) у пациентов европеоидной расы с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) без сопутствующего сахарного диабета в сравнении со здоровыми лицами.

Материал и методы:

В исследование методом копи-пара было включено 170 неродственных индивидуумов, из них 85 пациентов с АГ и 85 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту, полу, области проживания. Средний возраст в обеих группах составил $42,1 \pm 9,8$ лет, в каждой из них 37 мужчин и 48 женщин. Генотипирование для определения частот генотипов и аллелей анализируемых полиморфизмов проводилось с использованием полимеразной цепной реакции и соответствующих праймеров из образцов периферической крови.

Результаты:

В изучаемой выборке у 40 пациентов диагностировалась АГ I степени, у 37 человек – АГ II степени и у 8 – АГ III степени; высокий и очень высокий дополнительный сопутствующий риск развития ССО – у 65 пациентов. Распределение частот генотипов C677T полиморфизма MTHFR у пациентов с АГ в сравнении с контрольной группой было следующим: CC-генотип встречался у 41 (48,2%) пациентов и 39 (45,9%) здоровых; CT-генотип – у 33 (38,9%) пациентов и 43 (50,6%) здоровых; TT-генотип – у 11 (12,9%) пациентов и 3 (3,5%) здоровых ($c_2=5,0$; $p<0,05$). Для анализа ассоциации изучаемого поли-

морфизма C677T гена MTHFR с АГ был рассчитан относительный риск развития заболевания при носительстве патологического TT генотипа с учетом абсолютно сопоставимых по возрастной и гендерной характеристикам группы пациентов с АГ и контрольной группы. При носительстве патологического TT генотипа C677T полиморфизма гена MTHFR относительный риск развития АГ составил 1,66 (ДИ=1,2 – 2,28; $p<0,05$).

Заключение:

При проведении сравнительного молекулярно-генетического исследования по полиморфизму C677T гена MTHFR было установлено, что мутантный гомозиготный TT генотип встречался в 3,7 раза чаще у пациентов с АГ в отличие от здоровых лиц, и относительный риск развития АГ при носительстве данного генотипа увеличивался в 1,66 раза.

2.9. МИОКАРДИАЛЬНАЯ ЦИТОПРОТЕКЦИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

АТАРБАЕВА В.Ш., Джусипов А.К., Имантаева Г.М.,
ПАСТУХОВА Л.Г., АБДИРОВА Т.М., ТКАЧЕНКО В.Б.,
МЫРЗАГУЛОВА А.О., КУРМАНБЕКОВА Г.Ж.

Алматинский государственный институт
усовершенствования врачей МЗ РК

Введение (цели/задачи):

Результаты многочисленных клинических исследований свидетельствуют о том, что триметазидин оказывает антиангинальный и антиишемический эффект у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения, обусловленный цитопротективными свойствами препарата, дополняющими гемодинамический механизм действия бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния препарата «Римекор» на клинико-функциональные показатели у больных стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 45 больных ИБС. Стенокардией напряжения, ФК 3, средний возраст $56,0 \pm 1,5$ лет, принимавших триметазидин (Римекор, фарм. компания «Stada Нижфарм»). Пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: основная – 25 человек, получавшие стандартную терапию (бета-адреноблокаторы, нитраты, ИАПФ, статины, антиагреганты) + препарат «Римекор» по 20 мг х 3 раза в день и контрольная (20 пациентов) – стандартную терапию. Сроки исследования: исход-3 месяца от начала терапии. Всем больным проводились функциональные исследования: ЭКГ, ВЭМ-проба, ЭХОКГ.

Результаты:

У больных, принимавших комбинированную терапию, включающую цитопротектор частота приступов стенокардии через 3 месяца наблюдения была достоверно ниже, чем при базисной терапии ($p<0,05$). Комплексная терапия способствовала статистически достоверному улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики левого желудочка, повышению толерантности к физическим нагрузкам по сравнению с данными контрольной группой ($p<0,05$). Переносимость препарата хорошая, побочных эффектов не наблюдалось.

Заключение:

Римекор является высокоэффективным и безопасным средством терапии больных со стабильной стенокардией, способствует достоверному улучшению клинико-функциональных показателей, включая улучшение качества жизни.

3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ССЗ

3.1. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УСТАНОВЛЕННЫХ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС) ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

АКАБАЕВА В. К.

Медицинский центр, г. Алматы, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

В современной кардиологии самым информативным инвазивным методом в диагностике ИБС является коронарография (КАГ), позволяющая оптимальным доступным методом исследовать коронарные сосуды сердца, одномоментно устранить стеноз посредством установки стента для восстановления коронарного кровотока. Цель исследования: оценить ЭКГ данные до и после стентирования у кардиологических пациентов

Материал и методы:

Обследовано методом случайной выборки - 286 кардиологических историй пациентов за 2012 год (в научном институте кардиологии и внутр. болезней, г. Алматы), из них 225 мужчин (79%) и 61 женщина (21%). В исследовании критериями включения были: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, наличие установленных стентов (УС). Все пациенты разделены: на I-группу (ЭКГ с изменениями, далее ЭКГс/изм.), где имелись субэндокардиальная ишемия, подъем депрессия с ST, инверсия зубца Т и II-группу, где не выявлено ишемии (ЭКГ без изм.) до и после КАГ, стентирования. (табл. 1). Диагноз ИБС установлен на основании стандартных методик обследования в стационаре. Обработка данных проводилась в программе Excel.

Результаты:

КАГ-286, из них установленных стентов: впервые -103, ранее (наличие стента)-85, повторных-63. ЭКГ без изм. превышало над числом ЭКГс/изм. при впервые УС- в 2,2 раз; ранних УС-3,5; повторных УС-1,3. После КАГ и стентирования у пациентов в исследуемой группе (286) на ЭКГ контроле ишемических изменений не выявлено (положительная динамика). Тем, кому не устанавливался стент вообще составило - 18, у которых отмечались ЭКГ с изменениями, однако после КАГ - у 17 ЭКГ картина стала положительной. Вероятнее всего объясняется развитием одной из форм ИБС - вазоспастической стенокардии. В результате чего ангиоспазм в коронарных сосудах был устранен посредством проводимой КАГ без стентирования.

Заключение:

КАГ на сегодня остается одним из информативных методов диагностики ИБС в выявлении скрытых патологических сужений в коронарных сосудах. Необходимо отметить, что у пациентов с ранним установленным стентом из 85 случаев у 66 ЭКГ картина стабильная, без изменений, которым не требовалось установка повторного стента по результатам КАГ. Такие пациенты нуждались в контроле динамики и коррекции терапии. Среди пациентов, которым впервые установили стент, имеющих ЭКГ картину с подтверждающей ишемией (71) составляло большинство. Таким образом, в повторном стентировании нуждались - 63 пациента из 286. Результаты исследования

показали, что в повторном стентировании нуждались те пациенты, у которых анамнез отягощен артериальной гипертензией, сахарным диабетом, дислипидемией, метаболическим синдромом.

3.2. БИФУРКАЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Шугушев З. Х., Максимкин Д. А.

НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО "РЖД",
ФГБОУ ВПО "РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДРУЖБЫ НАРОДОВ", Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств у пациентов с бифуркационными стенозами ствола левой коронарной артерии и предложить оптимальный алгоритм эндоваскулярного подхода к лечению указанных пациентов.

Материал и методы:

В исследование вошли 118 пациентов. В ходе исследования все пациенты были рандомизированы на 2 группы. В I группу вошли пациенты (n=62), которым стентирование было выполнено с помощью одностентовой техники «provisional T». Во II группу вошли пациенты (n=56), которым стентирование выполнялось с использованием двухстентовых методик. Отдаленные результаты (от 12 до 24 месяцев, в среднем 19±2,4 месяцев) были прослежены у 50 пациентов из I группы, и у 48 пациентов из II группы. Критерии включения в исследование: «истинный» бифуркационный стеноз ствола левой коронарной артерии по классификации A.Medina; стабильная стенокардия напряжения III-IV функционального класса. Всем больным стентирование бифуркаций коронарных артерий проводили только стентами с лекарственным покрытием. Первичные конечные точки: частота неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений (MACE - смерть, ИМ, повторные вмешательства). Вторичные конечные точки: рестеноз и поздний тромбоз в стенте по данным цифровой ангиографии и ВСУЗИ.

Результаты:

Выживаемость в отдаленном периоде составила 100% в обеих группах. Частота неблагоприятных коронарных осложнений (MACE) в обеих группах составила 6 и 4,2% соответственно (p=0,04). Частота рестеноза в теле ствола левой коронарной артерии и в передней нисходящей артерии составила 0%. Рестеноз в огибающей артерии встречался у 12 и 2,08% наблюдений (p<0,001). При этом в повторной реваскуляризации (TLR) нуждались 4% пациентов из I группы и 2,08% у пациентов из II группы (p<0,05). Диагностированного тромбоза стентов не выявлено ни в одной группе. При этом частота мальпозиции стента в огибающей артерии, по данным ВСУЗИ, среди всех пациентов составила 1,7%. Средняя площадь просвета ствола левой коронарной артерии составила 8,05±0,02 мм² у пациентов I группы и 8,23±0,3 мм² у пациентов из II группы

($p > 0,05$), в передней нисходящей артерии этот показатель составил $6,8 \pm 0,13$ и $6,88 \pm 0,21$ мм² соответственно ($p > 0,05$), а в огибающей артерии – $5,79 \pm 0,13$ и $6,2 \pm 0,21$ мм² соответственно ($p < 0,05$). Толерантность к физической нагрузке в обеих группах достоверно не различалась и составила в среднем $131,93 \pm 25,64$ и $135,02 \pm 19,93$ Вт соответственно ($p = 0,0491$). У пациентов из II группы наблюдалось достоверное увеличение глобальной сократимости миокарда, по сравнению с больными, у которых использовали стратегию «одного» стента ($59,10 \pm 4,44$ и $57,34 \pm 4,91\%$ соответственно; $p < 0,05$).

Заключение:

полученные результаты доказывают, что стратегия «полного» бифуркационного стентирования ствола левой коронарной артерии отличается большей эффективностью в отдаленном периоде, по сравнению с «одностентовой» стратегией. Тем не менее, выбор стратегии стентирования должен быть дифференцированным у каждого пациента и основываться на использовании современных методик контроля эффективности выполненного вмешательства, а также тщательном методологическом, многокомпонентном отборе пациентов на дооперационном этапе.

**3.3. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ОТСРОЧЕННЫХ ЧКВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST**

Алиджанова Х. Г., Газарян Г. Г., Евстратова С. Г.,
Чепкий Д. А., Газарян Г. А., Голиков А. П.

НИИ скорой помощи им. Н.В.

Склифосовского, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность отсроченных ЧКВ, выполненных в первые 72 часа острого ИМ с элевацией сегмента ST (ИМ с $\uparrow$ ST) при исходно повышенном риске смерти и недоступности механической реперфузии в рекомендуемые сроки.

Материал и методы:

В исследование включены 3 группы больных острым ИМ с $\uparrow$ ST, поступивших в НИИ СП им Н.В.Склифосовского с 2002 по 2011 год. I – 679 пациентов с различными видами отсроченных ЧКВ, выполненных в сроки до 72 часов при исходно повышенном риске смерти, в том числе первичные, после безуспешной и успешной ТЛТ в 371, 134, 174 случаях соответственно; II – 385 больных с ТЛТ, без последующих ЧКВ, III – 1140 больных без какой-либо реперфузионной терапии. У всех больных оценивали исходный риск смерти по TIMI, сократительную функцию ЛЖ методом эхокардиографии, стресс-тест или суточное мониторирование ЭКГ перед выпиской. У больных с ЧКВ исследование повторяли через 6 месяцев. При наличии признаков ишемии выполняли повторную коронарографию. В течение 5 лет оценивали общую и сердечно-сосудистую летальность (ССЛ).

Результаты:

У 75% больных с передним инфарктом миокарда, с вовлечением правого желудочка (ПЖ) при нижней локализации и повторным ИМ риск смерти был высоким, у больных с нижним ИМ – низким. В среднем он достигал 10%. Независимо от вида ЧКВ и сроков их применения, ангиографический успех сопровождался ускорением эволюции ЭКГ изменений, улучшением сократительной функции ЛЖ и разрешением проявлений острой сердечной недостаточности. У больных с передним

ИМ после первичного ЧКВ и комбинированной реперфузии частота развития и характер аневризм ЛЖ соответствовали предшествующему дискинезу верхушечных сегментов. Формирование аневризм после спасительных ЧКВ не ограничивалось исходным дискинезом но и не сопровождалось дальнейшим прогрессированием процессов ремоделирования ЛЖ. Госпитальная летальность у больных с различными видами ЧКВ составила 1,2%, общая летальность за 5 лет – 9,5%, в том числе ССЛ – 3,5%. У больных без ЧКВ отмечалась высокая частота постинфарктной стенокардии, нарушений ритма и проводимости, ухудшения сократительной функции ЛЖ. Частота обширных аневризм ЛЖ при переднем ИМ составила в среднем 30%: с учетом эффективности ТЛТ – 39% и 27%, без ТЛТ – 25%. Госпитальная летальность у больных с безуспешной ТЛТ достигала 22%, тогда как с успешной ТЛТ составила 3% и без ТЛТ – 12%. Общая и ССЛ за 5 лет после выписки у пациентов с ТЛТ составила 27% и 19% соответственно. Различия в зависимости от эффективности ТЛТ отсутствовали. Эти показатели у больных без РТ достигали 39% и 33% соответственно. Госпитальная летальность как и исходный риск смерти зависел от локализации поражения повторного ИМ. Эта закономерность прослеживалась и с учетом отдаленной ССЛ.

Заключение:

Приведенные данные подтверждают целесообразность расширения показаний к применению различных видов ЧКВ в остром периоде ИМ с $\uparrow$ ST посредством пролонгирования сроков их выполнения при исходно повышенном риске смерти. Передний ИМ, нижний с вовлечением ПЖ и повторный являются легко определяемыми предикторами высокого риска смерти, указывающие на приоритетность больных к ЧКВ, не ограничиваемых первыми 12-24 часами. Применение различных видов отсроченных ЧКВ при позднем поступлении или переводе больных из других лечебных учреждений предотвращают развитие осложнений и летальных исходов.

**3.4. ВЗАИМОСВЯЗЬ РАННИХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ
БОЛЕЗНИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕСАЖЕННОГО СЕРДЦА
И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА**

Тофимова Т. А., Курлянская Е. К., Островский Ю. П.,
Стельмашок В. И., Денисевич Т. Л., Семенова Н. В.,
Рачок Л. В.

РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Болезнь коронарных артерий пересаженного сердца остается одним из наиболее тяжелых осложнений после трансплантации сердца (ТС) и основной причиной смерти пациентов, проживших более года после операции. Цель исследования: выявить эхокардиографические показатели, связанные с ранним поражением коронарных артерий (КА).

Материал и методы:

В исследование включение 27 пациентов после ТС с давностью операции более 2 лет. Всем пациентам выполнялись коронароангиография (КАГ) и внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) коронарных сосудов.

Результаты:

При проведении КАГ у пациентов не выявлено ангиографических признаков стенозирования КА. По данным ВСУЗИ

обнаружены различной степени изменения КА. Полученные нами результаты ВСУЗИ были подвергнуты кластеризации. В результате кластерного анализа выделены две группы пациентов: группа с умеренным поражением КА и группа со значимым поражением КА. Группирующим признаком было сочетание двух показателей: суммарной площади пораженной стенки сосуда и максимальной степени стеноза по площади. Была проведена сравнительная характеристика показателей эхокардиографии (ЭХОКГ) при различной степени поражения КА после ТС по данным ВСУЗИ. Через год достоверно различались следующие показатели ЭХОКГ: конечный систолический диаметр (КСД), конечный диастолический диаметр (КДД), конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО). КДД был на 6,2% ($p=0,004$), КСД на 10,8 ($p=0,036$), КДО на 11,3% ($p=0,012$), КСО на 12,0% ($p=0,037$) больше в группе со значимым поражением КА. Фракция выброса была в пределах нормы и статистически не различалась в обеих группах.

Заключение:

Выраженное поражение КАГ после ТС (по данным ВСУЗИ через 18-24 месяца после операции) ассоциировано с более значимым увеличением в течение 12 месяцев объемных гемодинамических показателей.

3.5. ДИНАМИКА ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Суджаева О. А., Юдина О. А., Смоленский А. З.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
"Кардиология",
Городское клиническое патологоанатомическое бюро,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Изучить динамику морфологических изменений миокарда и сосудов микроциркуляторного русла по данным эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ) в разные сроки после трансплантации сердца (ТС).

Материал и методы:

Обследовано 38 пациентов в возрасте от 21 до 61 года (в среднем $44,6 \pm 12,1$ года) в сроки от 1 недели до 42 месяцев после ТС. У каждого пациента проведено от 2 до 7 ЭМБ (в среднем $2,4 \pm 1,6$). Всего проведен анализ данных 105 эндомиокардиальных биопсий. I тест выполнялся через 1-41 день после ТС (в среднем через $15,1 \pm 8,8$ дней, $n=33$); II тест – через 5-10 месяцев (в среднем через $6,4 \pm 2,1$ месяцев, $n=18$); III тест – через 11-13 месяцев (в среднем через $12,0 \pm 0,6$ месяцев, $n=6$); IV тест – через 13-47 месяцев (в среднем $22,8 \pm 11,8$ месяцев, $n=9$). При каждой ЭМБ забирались миокард из 4 участков, всего проанализировано 420 биоптатов.

Результаты:

Реакция отторжения R2 имела место у 3 (9%) из 33 обследованных при I тесте, у 1 (17%) из 6 обследованных при III тесте, при II и IV тестах R2 не выявлялась. Данные о характере васкуляризации миокарда у лиц с R2 в общий анализ не включались. После проведения пульс-терапии глюкокортикоидами и введения антицитотоксического иммуноглобулина выполнялась повторная ЭМБ. При купировании реакции отторжения R2 полученные данные включались в анализ. Среднее число сосудов по 10 полям зрения у лиц без выраженной реакции отторжения составило при I тесте $68,6 \pm 15,5$, при II

- $63,8 \pm 13,8$, при - $68,2 \pm 8,8$, при IV тесте - $74,2 \pm 11,7$ ($p>0,05$). Сумма сосудов по 10 полям зрения составила при I тесте $686,3 \pm 154,6$, при II - $637,6 \pm 138,1$, при III - $588,8 \pm 135,8$, при IV - $680,3 \pm 174,5$ ($p>0,05$).

Заключение:

Через 6 месяцев и через 1 год имела место нестойкая тенденция к уменьшению среднего числа сосудов микроциркуляторного русла у лиц без выраженной реакции отторжения трансплантата. При обследовании в более поздние сроки (от 2 до 4 лет) отмечалось некоторое увеличение числа функционирующих сосудов микроциркуляторного русла. В настоящем исследовании не нашло подтверждения гипотеза об уменьшении числа сосудов микроциркуляторного русла в отдаленном периоде после ТС.

3.6. ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ МЕХАНИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА HEART MATE II

Мурзагалиев М. У., Пя Ю. В., Бекбосынов С. Т.,
Медресова А. Т., Сапарбай Е. Б.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР,
г. Астана, Казахстан

Введение (цели/задачи):

В настоящее время механические устройства поддержки левого желудочка (left ventricular assist device) используются у больных с терминальной стадией сердечной недостаточностью и в значительной степени улучшают состояние в послеоперационном периоде. По данным многих авторов занимающихся проблемой сердечной недостаточностью, и имплантацией механических устройств поддержки левого желудочка одним из значимых осложнений являются инфекции, возникающие после имплантации LVAD, частота и результаты этого осложнения, варьирует в разной степени. Цель: Оценить частоту развития инфекционных осложнений при имплантации механических вспомогательных устройств левого желудочков (ЛЖ).

Материал и методы:

Всего в исследование было включено 98 пациента (68 пациента (38,46%) - с дилатационной кардиомиопатией (из них у 26 больных (36,36%) - ишемического генеза), 1 пациент (2,04%) - с гипертрофической кардиомиопатией и 1 больной (2,04%) - с вторичным дилатационным синдромом) с хронической сердечной недостаточностью 3-4 функционального класса по классификации NYHA, которым были имплантированы механические ассистирующие устройства HeartMate II ($n=70$, 74,5%) и HeartWare ($n=28$, 28,5%; из них 2 пациента с устройствами поддержки правого и левого желудочков). Фракция выброса ЛЖ составила в среднем $23,8 \pm 5,9\%$. Изучались данные клинического состояния пациентов, электрокардиографии, эхокардиографии, спирометрии, рентгенологического исследования органов грудной полости, коронарографии, катетеризации полостей сердца, ультразвукового исследования органов брюшной полости, щитовидной железы, сонных артерий и артерий нижних конечностей, фиброгастродуоденоскопии. Пациентам в послеоперационном периоде назначали двойную антибактериальную терапию - ванкомицин и препарат из группы фторхинолонов.

Результаты:

23 случая из 98 закончились летальным исходом (HeartMate

II – 15 пациента и HeartWare – 8 больных). У оставшихся 75 пациентов не было отмечено тромбоэмболических и инфекционных осложнений со стороны имплантируемых устройств.

Заключение:

Имплантация механических вспомогательных устройств поддержки левого желудочков, в частности HeartWare и HeartMate II, является эффективным и безопасным в отношении инфекционных осложнений методом лечения хронической сердечной недостаточности в терминальной стадии.

3.7. НОВЫЙ ПОДХОД К РЕКОНСТРУКЦИИ КОРНЯ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМОЙ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Болдырев С. Ю., Барбухатти К. О., Россиха О. А.,
Ким Г. И., Магамет В. П.

ККБ №1, КубГМУ, Краснодар, Россия

Введение (цели/задачи):

Существуют несколько вариантов реконструкции корня аорты у пациентов с аневризмой и аортальной недостаточностью. На сегодняшний день, техника реимплантации аортального клапана является наиболее предпочтительной. Представляем новую модифицированную технику реимплантации клапана аорты при помощи нового собственного устройства для подготовки проксимальной части протеза.

Материал и методы:

Выполнено 39 операций. После мобилизации корня аорты мы измеряли диаметр фиброзного кольца аортального клапана нашим устройством, выбирали соответствующий сосудистый протез (из расчета – диаметр фиброзного кольца + 8 мм), сужали его в проксимальной части двумя линиями швов нитями из полиэстера на собственном устройстве до необходимого размера. Таким образом формировали кромку протеза шириной 5 мм. Далее выполняли реимплантацию собственного аортального клапана в «новый» корень аорты. Прошивание и фиксацию проксимальной части выполняли с помощью зигзагообразного шва в области кромки протеза.

Результаты:

У всех пациентов наблюдалась удовлетворительная функция аортального клапана без значимой регургитации. Госпитальная летальность – 1 пациент (2,56%). Неврологические осложнения наблюдались у 4 (10,3%) пациентов, кровотечения и рестернотомии, не связанные с реконструкцией корня аорты – у 2 (5,1%) пациентов.

Заключение:

Наш метод позволяет воссоздать новый корень аорты близкий к нативному и позволяет стабилизировать фиброзное кольцо аортального клапана, а также минимизировать возможность кровотечения. Данный метод, при соответствующей подготовке, является технически простым и воспроизводимым.

3.8. ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аскаров А. Р., Нелаев В. С., Шалаев С. В., Руднева Л. Ф.

ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница № 1",
ГБОУ ВПО "ТюмГМА" МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить частоту операций реваскуляризации миокарда (РМ) у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) в зависимости от кардиоваскулярных факторов риска (ФР) на протяжении года наблюдения.

Материал и методы:

В клиническое исследование включено 75 больных ОААНК мужского пола в возрасте 43-70 лет (средний возраст – $57 \pm 7,1$ лет). По клиническому течению преобладала 2 стадия ОААНК (53,0 %), реже – 3 и 4 стадии (27,0 % и 20,0 % соответственно); средняя продолжительность ОААНК составила $6 \pm 4,5$ лет. У 83,0 % больных ОААНК наблюдалась ИБС. У больных ОААНК изучалась частота основных кардиоваскулярных факторов риска и потребность в операциях реваскуляризации миокарда у больных ОААНК, страдающих ИБС. В качестве основных ФР изучали: курение, артериальную гипертензию (АГ), гиперхолестеринемию (ГХС; общий холестерин $> 4,0$ ммоль/л), возраст старше 40 лет, отягощенную наследственность (по ОААНК, ИБС, АГ, сахарному диабету (СД), транзиторной ишемической атаке (ТИА) и инсульту), нарушения углеводного обмена (в т.ч. сахарный диабет 2 типа). Для установления диагноза и осложнений ОААНК, ИБС и АГ применялись клиничко-лабораторные, функциональные, ультразвуковые, рентгенологические методы исследования. Статистическая обработка материала производилась с помощью SPSS 19.0.

Результаты:

Установлена высокая частота основных кардиоваскулярных ФР у пациентов с ОААНК: возраст > 45 лет (98,5 %), АГ (85,0 %), курения (84,0 %), ГХС (81,0 %), несколько реже – отягощенной наследственности по ОААНК и ИБС (57,0 %) и НУО – 27,0 %. У больных ОААНК, направляемых на плановые операции РМ (стентирование коронарных артерий (ЧКВ) или аорто-коронарное шунтирование – АКШ), в сравнении с больными ОААНК без потребности в операциях РМ, чаще наблюдались следующие ФР: СД 2 типа – в 3 раза чаще (25,0 % и 7,3 %), систолическая дисфункция левого желудочка (фракция выброса ЛЖ < 45 %) – в 2 раза чаще (25,0 % и 11,0 %), неврологические осложнения в анамнезе (ТИА или инсульт) – в 2,5 раза чаще (30,0 % и 12,0%) ($p < 0,05$).

Заключение:

Среди больных ОААНК, страдающих ИБС, потребность в операциях РМ (АКШ или ЧКВ) выше у лиц, имеющих СД 2 типа, неврологические осложнения в анамнезе (ТИА или инсульт), систолическую дисфункцию ЛЖ.

3.9. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРОНАРОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Фейсханова Л. И.

Казанский ГМУ, г. Казань, Республика Татарстан

Материал и методы:

Нами получены и проанализированы результаты коронарографии в условиях кардиологического отделения за 2013 год.

Результаты:

За это время было госпитализировано 1522 пациента. Из общего числа госпитализированных в среднем 32,4% пациентов были подвергнуты коронароангиографии. Эта цифра варьировала от 17,6% в феврале до 46,6% в июне. В ходе исследования были получены следующие данные. У 25,4%

пациентов (11,1% в январе и 44,4% в августе) от всего количества пациентов, подвернутых коронарографии, обнаружены мультифокальные гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий вплоть до окклюзии. У 32,6% пациентов (от 9,5% в феврале до 54,2% в ноябре) зафиксированы гемодинамически значимые стенозы. У 21,1% пациентов выявлены гемодинамически незначимые стенозы. Доля пациентов, которым была проведена коронарография и у которых сосуды оказались интактными, составила от 2,3 до 44,5% в течение года, в среднем составив 20,5%. Пациенты с выявленными мультифокальными стенозами были направлены нами в межрегиональный клиничко-диагностический центр для проведения аортокоронарного или маммарокоронарного шунтирования. В условиях нашего стационара проводилась чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами одной артерии согласно показаниям. Пациенты, у которых были зафиксированы гемодинамически незначимые стенозы, получили рекомендации, касающиеся лечения атеросклероза и профилактики возникновения фатальных сосудистых катастроф. Доля пациентов с интактными артериями соответствует данным научной литературы, по которым среди лиц, имевших показания к коронарографии, она составляет 15-20%. Бытует мнение, что выявление интактных артерий свидетельствует о гипердиагностике и напрасном проведении коронарографии. На самом деле, наличие такого результата – это следствие диагностического поиска, это «снятый» диагноз ИБС, это сэкономленные в будущем деньги стационара и пациента.

Заключение:

Таким образом, использование коронарографии позволяет быстро и успешно определять тактику ведения пациентов с атеросклерозом коронарных артерий.

3.10. ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Морозов Ю. А., Киладзе И. З., Гончарова А. В.,
Урюжников В. В.

ФГБУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН,
г. Москва, России

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности функции почек у пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования, в до- и раннем послеоперационном периодах.

Материал и методы:

Проанализированы истории болезней 553 пациентов после операции реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК) с пережатием аорты (n=206), ИК без пережатия аорты (n=217), без ИК на работающем сердце (n=130). Функцию почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации в соответствии с классификацией хронической болезни почек (ХБП). На 1 сутки после операции функцию почек также оценивали по шкале RIFLE.

Результаты:

Стадии 1 и 2 ХБП встречались значительно чаще у мужчин, а стадия 3 ХБП – у женщин. Стадия 1 ХБП чаще выявлялась у пациентов 46-55 (40,0%) и 56-65 лет (46,4%). Стадия 2 ХБП в возрастной группе 46-55 лет установлена лишь в 9,2% случаев; в группе старше 56 лет она выявлялась практически в 50%

случаев. Стадия 3 ХБП преобладала в старшей возрастной группе. Стадия R у мужчин регистрировалась примерно у 30% пациентов до 65 лет, а старше 65 лет – у 55,6% больных. Стадия I наиболее часто отмечалась у мужчин 35-45 лет – 12,5%. У женщин на 1 сутки после операции наиболее часто выявлялась стадия R в возрастной группе 46-55 лет (75,0%) и старше 65 лет (57,1%). Проведение операции с пережатием аорты ассоциировалось с наибольшим отрицательным влиянием на функцию почек в раннем послеоперационном периоде, а выполнение хирургического вмешательства на работающем сердце без ИК – с наименьшим. Удлинение времени ишемии миокарда во время операции в условиях ИК с 60 до 120 минут приводило к двукратному повышению регистрации стадии R на 1 сутки. Время наложения зажима на аорту до 90 минут не увеличивало встречаемость почечного нарушения в стадии I.

Заключение:

Выполнение операции реваскуляризации миокарда с и без ИК оказывают разнонаправленное влияние на функцию почек в послеоперационном периоде, причем имеются поло-возрастные особенности развития почечной дисфункции в этот период.

3.11. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: ДАННЫЕ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Стельмашок В. И., Полонецкий О. Л., Черноглаз П. Ф.,
Петров Ю. П., Мрочек А. Г.

РНПЦ "Кардиология", УЗ "1-я ГКБ", УЗ БСМП,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Изучить отдаленные результаты после реканализации хронических тотальных окклюзий (ХТО) коронарных артерий в течение 12-месячного периода наблюдения.

Материал и методы:

Успешная реканализация ХТО антеградным доступом была выполнена у 91 пациента (средний возраст 58,7±7,6 лет). Все пациенты приглашались для проведения плановой коронарографии и оптической когерентной томографии (ОКТ) через 12 месяцев после успешно выполненного интервенционного лечения.

Результаты:

В соответствии с типом стентов с медикаментозным покрытием, имплантированных в зоне реканализированной ХТО, было выделено 5 групп: группа 1 (n=16) – имплантация стентов, выделяющих паклитаксел (Taxus Express 2), группа 2 (n=20) – имплантация стентов, выделяющих зотаролимус (Endeavor Resolute), группа 3 (n=19) – имплантация стентов, выделяющих эверолимус (Xience V/Xience Prime), группа 4 (n=19) – имплантация стентов, выделяющих биолимус A9 (Nobori), группа 5 (n=17) – имплантация стентов, выделяющих трапидил (Intrepid). Развитие летальных исходов в течение периода наблюдения было выявлено в 5,6% случаев (n=1) в группе 1, в 5% (n=1) в группе 3, в 4,5% (n=1) в группе 4; в оставшихся группах данный негативный исход не регистрировался (p>0,05 при межгрупповом сравнении). Частота развития рестенозов/реокклюзий в изучаемых группах составляла: 11,7% в группе 1; 0% в группе 2; 10,0% в группе 3; 13,6% в группе 4; 61,9% в группе 5 (p<0,05 по сравнению с группами 1-4). Методом ОКТ было показано, что через 12 месяцев после успешно

выполненного рентгеноэндоваскулярного вмешательства отсутствовало покрытие неоинтимой 0,2% фрагментов каркаса стента в группе 1; 0,7% в группе 2; 0,4% в группе 3; 0,6% в группе 4; 0,6% в группе 5 ($p > 0,05$ по сравнению с группами 1-5).

Заключение:

1) После успешной реканализации ХТО коронарных артерий развитие рестенозирования достоверно чаще наблюдается после имплантации стентов Intrepide; 2) Через 1 год с момента имплантации происходит практически полная эндотелизация изучаемых стентов с медикаментозным покрытием.

3.12. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФЕНОМЕНА НЕВОССТАНОВЛЕННОГО КРОВОТОКА ПРИ ЧРЕЗКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ДЕНИСЕВИЧ Т. Л., Полнецкий Л. З., Савенко С. А.

Республиканский научно-практический центр
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Материал и методы:

Чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ) выполнено 141 пациенту с острым инфарктом миокарда (ОИМ) (94 – стандартное ЧКВ, 47 – ЧКВ с однократным введением 40 мкг простагландина E1 (ПГЕ1) внутривенно). Группы исследования: 1- без феномена невосстановленного кровотока (ФНВК) после ЧКВ, 2 – ангиографически подтвержденный ФНВК. Исходно, на 1 и 3 сутки оценивали: уровень маркеров воспаления, дисфункции эндотелия, окислительного стресса в крови, активность миелопероксидазы (МПО) нейтрофилов по среднему цитохимическому коэффициенту (СЦК), степень агрегации тромбоцитов (СТАТ) и эритроцитов (СТАЭ), скорость дезагрегации тромбоцитов (СДТ).

Результаты:

До выполнения ЧКВ в группе 2 достоверно ниже медианы СДТ и СЦК (соответственно на 43,4% и 45,7% по сравнению с группой 1, $p < 0,05$), выше СТАЭр (на 68,4%, $p = 0,046$). С применением статистического модуля «Дерева классификации» выделены лабораторные предикторы формирования ФНВК при ЧКВ: сочетание значений СТАЭр $> 22,1\%$ и СДТ $< 10,9\%$ у пациентов с СЦК $< 0,40$ (точность распознавания – 94,7%). Частота случаев ФНВК при стандартном ЧКВ составила $12,8 \pm 3,45\%$, при ЧКВ с ПГЕ1 – $2,1 \pm 2,09\%$ ($p = 0,036$). После ЧКВ с ПГЕ1 медиана СЦК снижалась на 9,7% относительно исходного значения, после стандартного ЧКВ – на 38,2% ($p = 0,023$). Статистически и клинически значимое угнетение агрегации тромбоцитов после ЧКВ без ПГЕ1 наступало на 3 сутки, при ЧКВ с ПГЕ1 – на 1 сутки.

Заключение:

Развитие ФНВК при ЧКВ у пациентов с ОИМ ассоциировано с нарушениями функциональной активности клеток крови: снижением агрегации эритроцитов и тромбоцитов, уменьшением активности МПО нейтрофилов. ПГЕ1 оказывает положительное влияние на ряд факторов этиопатогенеза ФНВК: стабилизирует кислородзависимую активность нейтрофилов, способствует более раннему (на 1 сутки) блокированию агрегации тромбоцитов. Введение ПГЕ1 при ЧКВ снижает шанс развития ФНВК в 6,7 раза.

3.13. ПЕРВЫЙ ОПЫТ АБЛАЦИИ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБАВОЧНЫМИ ПОЧЕЧНЫМИ АРТЕРИЯМИ

ПЛАЩИНСКАЯ Л. И., Гончарик Д. Б., Мрочек А. Г.,
Часнойть А. Р., Барсукевич В. Ч., Ребеко Е. С.,
Савченко А. А., Голенища В. Ф.

Республиканский научно-практический центр
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

В крупных исследованиях не изучалась эффективность аблации симпатических нервов почечных артерий (СНПА) в добавочных ПА диаметром > 4 мм у пациентов с резистентной артериальной гипертензией (РАГ). Целью нашей работы явилось изучение эффективности аблации СНПА у пациентов, имеющих добавочные ПА или раннее ветвление ПА.

Материал и методы:

В группу активного лечения (аблация СНПА) были включены 3 пациента с добавочными почечными артериями (1-2 ПА диаметром > 4 мм), 1 пациент с ранним делением основного ствола ПА на 2 равноценные крупные ветви (диаметром > 5 мм), которым выполнена аблация во всех дополнительных ПА (от устья до бифуркации). Также аблация СНПА выполнена 2 пациентам с ранним отхождением (в среднем сегменте ПА) крупной долевой артерии; при этом часть аблационных точек (по 3 точки) расположены дистально – между бифуркацией и отходящей крупной долевой ветвью.

Результаты:

Наблюдалось снижение офисного систолического артериального давления (САД) через 3 мес. после аблации СНПА от $172,21 \pm 26,20$ мм.рт.ст. до $150,83 \pm 14,06$ мм.рт.ст., что составило $21,38 \pm 21,42$ мм.рт.ст., диастолического офисного артериального давления (ДАД) от $103,58 \pm 14,49$ мм.рт.ст. до $93,38 \pm 8,19$ мм.рт.ст., что составило $10,21 \pm 12,93$ мм.рт.ст.

Заключение:

У небольшой группы пациентов, имеющих добавочные ПА диаметром > 4 мм, в которых выполнена аблация СНПА, не выявлено различий в результатах в сравнении с основной группой пациентов без добавочных ПА в сроке наблюдения 3 месяца после процедуры. Однако для окончательного заключения необходимо дальнейшее наблюдение большего количества пациентов с указанными анатомическими особенностями.

3.14. ПЕРВЫЙ ОПЫТ АБЛАЦИИ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ ВЕТВЛЕНИЕМ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

ПЛАЩИНСКАЯ Л. И., Гончарик Д. Б., Мрочек А. Г.,
Часнойть А. Р., Ребеко Е. С., Барсукевич В. Ч.,
Голенища В. Ф., Савченко А. А.

Республиканский научно-практический центр
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

В группе пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией аномалии развития почечных артерий выявляются с частотой до 20-30%, а раннее ветвление ПА до 10% пациентов. Эффективность аблации у пациентов с ранним делением основного ствола (длина основного ствола < 20 мм) в рандо-

мизированных исследованиях не изучалась. Длина основного ствола ПА < 20 мм не позволяет нанести ≥ 4 точек абляции до бифуркации в процессе операции денервации ПА. Целью нашей работы явилось изучение эффективности выполнения дополнительных точек абляции дистальнее отхождения 1-й крупной ветви абляции СНПА у пациентов, имеющих ранее ветвление основного ствола ПА у пациентов с резистентной АГ по результатам 3 мес. наблюдения. Ранее пациентов с указанными анатомическими характеристиками ПА не включались в проведенные международные многоцентровые исследования Symplicity.

Материал и методы:

50 пациентам (19 мужчин, 31 женщина) с РАГ была выполнена РА СНПА. Из них у 1 пациента отмечалось раннее деление основного ствола ПА на 2 равноценные крупные ветви (диаметром > 5 мм), у 2 пациентов с ранним отхождением крупной долевой артерии (в среднем сегменте ПА). У всех 3 пациентов помимо 3-4 точек в проксимальном сегменте дополнительно выполнена абляция (по 3 точки) дистально – между бифуркацией и отходящей крупной долевой ветвью. Офисное АД и суточное АД оценивались исходно, через 2-3 дня после процедуры и через 3 мес. Перед вмешательством всем пациентам выполнялись спиральная компьютерная томография почечных артерий (ПА). РА СНПА применялась на ПА мощностью 8-10 Вт, температурой 55 °С, 4-8 точек на каждой артерии, по 2 минуты наточку. Процедура завершалась контрольной селективной ангиографией ПА.

Результаты:

Исходные цифры офисного АД на фоне терапии составили для САД-172,21±26,20 мм.рт.ст. для ДАД-103,58±14,49мм.рт.ст. При выполнении РА СНПА не было получено интра- и послеоперационных осложнений. Первая оценка АД проводилась через 2-3 дня после процедуры, затем через 3 мес. Снижение значений офисного АД составило от исходного для САД от 172,21±26,20 мм.рт.ст. до 150,83±14,06 мм.рт.ст., для ДАД от 103,58±14,49 до 93,38±8,19.

Заключение:

Таким образом, по данным 3-х мес. наблюдения отмечено достоверное снижение офисного САД и ДАД при выполнении дополнительных точек абляции в основном стволе дистальнее отхождения 1-й крупной ветви почечной артерии.

3.15. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ОККЛЮДЕРА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРИЕМУ ВАРФАРИНА

РЕБЕКО Е.С., Коваленко О.Н., Часнойть А.Р.,
Гончарик Д.Б., Голенища В.Ф., Плащинская Л.И.,
Савченко А.А., Мрочек А.Г.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Выполнить имплантацию окклюдера ушка левого предсердия (ЛП) пациентам с фибрилляцией предсердий и противопоказаниями к приему варфарина.

Материал и методы:

Было отобрано 3 пациента с персистирующей формой фибрилляции предсердий и противопоказаниями к приему варфарина. Перед процедурой имплантации пациентам было

выполнено чреспищеводное эхокардиографическое исследование (ЧП-ЭХО-КГ), произведены измерения ушка ЛП. В условиях рентгеноперационной пункционно через бедренную вену в сердце проведены маркированный pigtail и транссептальный интрадьюсер. Под контролем ЧП-ЭХО-КГ выполнена транссептальная пункция в задне-латеральной части межпредсердной перегородки. В полость ЛП проведено средство доставки окклюдера ушка ЛП. Через его просвет выполнена селективная ангиография ушка ЛП (RAO 30; RAO 30, cranial 10-15; RAO 30, caudal 30). На протяжении всей процедуры постоянно проводилась ЧП-ЭХО-КГ для точного позиционирования устройства в ушке ЛП. Определено место имплантации окклюдера Amplatzer Cardiac Plug – «шейка» ушка ЛП. В эту позицию выполнена установка окклюдера. При проверке ангиографически и при помощи ЧП-ЭХО-КГ – достигнут оптимальный результат. После процедуры варфарин был отменен через 45 дней после имплантации (1 пациент), 2 пациентам назначалась двойная антиагрегантная терапия (аспирин, клопидогрел) в течение 6 мес.

Результаты:

Выполнена имплантация окклюдера ушка ЛП 3 пациентам с персистирующей фибрилляцией предсердий. Интрапроцедурных осложнений не было. При контрольной ЧП-ЭХО-КГ через 1,5 и 3 и 6 мес после имплантации окклюдера результат оптимальный, резидуальные потоки и тромботические массы в области ушка ЛП на лоцировались.

Заключение:

Имплантация окклюдера ушка левого предсердия пациентам с фибрилляцией предсердий – эффективная альтернатива длительной терапии варфарином.

3.16. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ СЕПТАЛЬНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

ИБРАГИМОВА Ф. С., Беркинбаев С. Ф., Омаров А. А.,
Артыкбаев Ж. Т., Павлова Н. Г., Колесников А. Е.,
Анаятowa З. К.

НИИ кардиологии и внутренних
болезней, г. Алматы, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Демонстрация примера успешного применения транскатетерной алкогольной септальной абляции в лечении больных с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).

Материал и методы:

Нами в НИИ кардиологии и внутренних болезней г. Алматы с августа по декабрь 2013 г. четырем больным с ГКМП с обструкцией выходного тракта левого желудочка (ВТЛЖ) и выраженной симптоматикой, резистентной к фармакотерапии была успешно выполнена операция - транскатетерная алкогольная септальная абляция (ТКАСА). Средний возраст больных составил $47,25 \pm 2,5$ лет. Мужчин было 3, женщин - 1. Всем больным выполняли ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, обзорную рентгенографию органов грудной клетки, коронарографию, вентрикулографию с измерением давления в области верхушки левого желудочка, выходного тракта ЛЖ, восходящего отдела аорты. Диагноз устанавливали на основании данных двухмерной эхокардиографии, анги-

окардиографии и электрофизиологических данных, полученных непосредственно во время выполнения ТКАСА. Градиент систолического давления на ВТЛЖ у пациентов составил в среднем $75,8 \pm 2,3$ мм.рт.ст.

Результаты:

У всех больных был получен после ТКАСА положительный эффект с улучшением общего состояния, уменьшением одышки, исчезновением болей в области сердца, снижением градиента систолического давления на ВТЛЖ.

Заключение:

Наш первый опыт применения ТКАСА у больных с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатией показал ее эффективность и безопасность. Несмотря на небольшое количество проведенных исследований, методика ТКАСА у пациентов с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией является перспективным способом лечения.

3.17. ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СОСУДОВ

Василевский В. П., Жук А. В.

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Целью работы явилась оптимизация хирургических методов лечения стенотических поражений коронарных артерий атеросклеротического генеза, путем определения эффективности применения эндоваскулярных вмешательств при сочетанном поражении магистральных артерий нижних конечностей.

Материал и методы:

Были проанализированы результаты оперативного лечения 2 пациентов с использованием гибридных технологий в лечении сочетанного атеросклероза коронарных артерий и магистральных сосудов нижних конечностей. Возраст больных составил 54 и 62 года. Перед операцией пациентам выполнялись коронарография, холтеровское мониторирование, эхокардиография, реовазография, ультразвуковое и доплерографическое исследование.

Результаты:

Первому пациенту произведены ангиопластика и стентирование правой межжелудочковой ветви, которая была дополнена тромбэктомией из левой бранши ранее установленного аорто-бедренного бифуркационного протеза. В ходе первой операции, проводимой в рентген-эндоваскулярной операционной, через интрадьюсер, установленный в бедренной артерии справа по Сельдингеру, выполнена катетеризация правой коронарной артерии катетером Heartrail. После проведения коронарного проводника Runthrough, по нему в стволе правой межжелудочковой артерии позиционирован и имплантирован стент. Интраманипуляционных осложнений не было, ангиографически был достигнут оптимальный результат. Вторым этапом хирургического вмешательства была выделена зона наложения дистального анастомоза аорто-бедренного бифеморального протеза под спинномозговой анестезией через разрез в верхней трети левого бедра. Пульсация бранши протеза и артерий дистальнее данного сегмента отсутствовала, что подтвердило тромбоз левой половины бифуркационного протеза по результатам аорто-артериографии. Бедренные артерии взяты на турникеты, пережаты, выполнена артери-

отомия. С помощью катетера Фогарти произведена тромбэктомия из бранши и пораженной артерии с последующей реконструкцией левого дистального анастомоза (профундопластика глубокой артерии бедра). В результате получен отчетливый пульс дистальнее зоны операции. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не получено. Второму пациенту было выполнено стентирование правой коронарной артерии с последующим бедренно-подколенным шунтированием аутовеной по методу «in situ» справа. В ходе второй операции под спинномозговой анестезией в верхней трети голени пораженной конечности была выделена бифуркация подколенной артерии ниже места окклюзии, а в верхней трети бедра выделены сафено-феморальное соустье и бифуркация общей бедренной артерии. Артерии были взяты на турникеты и пережаты, после чего произведена мобилизация большой подкожной вены (БПВ) с формированием проксимального анастомоза с разрушением клапанов БПВ с помощью вальвулотомы. Формирование дистального анастомоза было дополнено перевязкой крупных притоков БПВ. После пуска кровотока был получен отчетливый пульс дистальнее зоны реконструкции. Осложнений в ближайшем операционном периоде выявлено не было.

Заключение:

Таким образом, учитывая, что оптимальный ангиографический результат эндоваскулярных вмешательств при ангиопатологии коронарной локализации был достигнут у обоих пациентов, данная методика является оптимальной и оправданной у больных с атеросклеротическим поражением коронарных артерий и серьезной сопутствующей патологией.

3.18. ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННО-МОТИВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Шабанова М. В., Гарганеева А. А., Гаврилова Н. В.

ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, г. Томск, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность применения новых информационно-мотивационных технологий при реабилитации больных, подвергшихся хирургической реваскуляризации миокарда.

Материал и методы:

В исследование включено 60 пациентов, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда. В первой группе (n=30) наряду с медикаментозной терапией проводились традиционные реабилитационные мероприятия. Пациенты второй группы (n=30) дополнительно обучались в «Школе здоровья (ШЗ) для пациентов, перенесших коронарное шунтирование».

Результаты:

В раннем послеоперационном периоде у пациентов первой группы существенного изменения психофункционального статуса не отмечено, в то время как у пациентов второй группы отмечалось явное его улучшение - на 36,6% ($p < 0,05$). В первой группе к 6 месяцу наблюдения отмечена явная тенденция к ухудшению психофункционального состояния пациентов (на 33,3%; $p < 0,05$). Во второй группе, напротив, психофункциональное состояние улучшилось - уменьшилось количество пациентов с высоким уровнем стресса на 13,3%, что сопровождалось уменьшением ангинозных приступов на $1,9 \pm 0,4$ /сут., нормализацией систолического и диастолического артериального давления, урежением ЧСС на $17 \pm 1,8$

уд/мин., в конечном итоге, повышением уровня физической работоспособности (на $16,8 \pm 1,9$ Вт; $p=0,03$).

Заключение:

Внедрение информационно-мотивационных технологий в традиционные схемы реабилитационных мероприятий у кардиохирургических больных положительно влияет на течение послеоперационного периода.

3.19. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ – КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Окунова А. А., Мураталиев Т. М., Звенцова В. К., Неклюдова Ю. Н., Мухтаренко С. Ю.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ
им. М. МИРРАХИМОВА, г. БИШКЕК, КИРГИЗИЯ

Введение (цели/задачи):

Сравнить влияние различных методов реваскуляризации – коронарного шунтирования (КШ) и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на прогноз больных коронарной болезнью сердца (КБС).

Материал и методы:

В открытом нерандомизированном ретроспективном исследовании обследованы 325 больных КБС в возрасте 35-75 лет (средний возраст $53,6 \pm 8,9$), у которых наличие КБС документировано данными коронароангиографического исследования. Значимое поражение коронарного русла имели 310 (95,3%) больных: однососудистое – 112 (36,1%), двухсосудистое – 98 (31,6%) и трехсосудистое – 100 (32,2%). Плановая реваскуляризация миокарда проведена 181 (55,6%) пациенту: ЧКВ выполнено 103 (56,9%), КШ – 78 (43,0%) больным. В отдаленный период были оценены летальность, неблагоприятные кардиологические и цереброваскулярные события и частота повторной реваскуляризации.

Результаты:

Средний срок наблюдения составил $4,8 \pm 2,4$ лет, в группе ЧКВ $4,5 \pm 1,8$ лет, КШ – $4,1 \pm 3,0$ лет. Достоверной разницы в выживаемости между группами ЧКВ и КШ получено не было (96,8% и 95,8% соответственно, $p>0,05$). Неблагоприятные кардиологические события достоверно чаще встречались у больных группы хирургической реваскуляризации (2,8% при КШ против 1,0 при ЧКВ; $p<0,05$), тогда как по цереброваскулярным событиям группы не различались (1,4% при КШ против 1,0 при ЧКВ; $p>0,05$). Не выявлено различий в отношении комбинации основных сердечно-сосудистых событий – смерть/ инфаркт миокарда/ повторная реваскуляризация/ цереброваскулярные события (14,5% при ЧКВ против 15,3% при КШ, $p>0,05$). Однако после операции КШ достоверно реже встречалась комбинация смерти и повторной реваскуляризации (11,5% при КШ против 18,4% при ЧКВ, $p<0,001$) и комбинация смерти, ИМ и повторной реваскуляризации (15,3% при КШ против 19,4% при ЧКВ, $p<0,01$). Отмечалась достоверная разница в сроках повторной реваскуляризации, в группе ЧКВ через $3,0 \pm 1,8$ лет, а в группе КШ – $6,6 \pm 5,2$ лет ($p<0,01$).

Заключение:

Таким образом, выживаемость и комбинированная «конечная» точка (смерть/ инфаркт миокарда/ повторная реваскуляризация/ цереброваскулярные события) в отдаленном периоде по-

сле вмешательства были сопоставимы в исследуемых группах. В то же время, проведение ЧКВ достоверно чаще и раньше приводит к проведению повторной реваскуляризации миокарда.

3.20. НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ВНУТРИСТЕНОВОГО РЕСТЕНОЗА

Попович М., Чобану Л., Попович И., Костин С., Кобец В.

Институт Кардиологии, Республика Молдова, г. Кишинёв

Введение (цели/задачи):

Исследование внеклеточного РНК (РНКек), фактора некроза опухолей- α (ФНО- α), интерлейкина 1- β (ИЛ-1 β) и метаболизма коллагена 1 и 3 в стенке коронарной артерии с внутривенным рестенозом (ВСР), а также циркулирующих маркеров воспаления и оксидативного стресса у больных с ВСР.

Материал и методы:

В тканевых образцах ВСР взятых посмертно у 19 больных определяли экспрессию и количество РНКек, ФНО- α , ИЛ-1 β , маркеров синтеза и деградации фибриллярного коллагена 1 и 3 с помощью конфокальной и иммунофлуоресцентной микроскопии. В сыворотке у 68 больных с ВСР определяли содержание маркеров неспецифического воспаления ((ФНО- α , ИЛ-1, 2, 6, 8, 12, белок хемоаттракции моноцитов и воспалительный протеин (MCP-1 и CCL-3), резистин, херегулин-1 и др.)) и оксидативного стресса ((малоновый диальдегид (МАД), продукты окисления белков (ПОБ), глутатион-редокс ферменты каталаза, СОД, тотальная антиоксидантная активность (ТАО) и др.)).

Результаты:

Количество РНКек достоверно увеличилось в 2-4 раза в меди рестеноза. Даже в адвентиции РНКек обнаружено больше чем в контроле на 46-110%. Наряду с этим отмечалось достоверное повышение экспрессии и количества ФНО- α и ИЛ-1 β , которое при выраженной ВСР было 3-4 кратным. Важно отметить увеличение числа макрофагов в зоне неоинтимы (от 13-15 клеток/1 mm² при легкой степени ВСР до 150-160 при выраженной). Количество РНКек коррелировало с ФНО- α ($r=+0,88$), а также с числом макрофагов ($r=+0,84$). Выявленные морфологически предикторы воспаления коррелировали с характерной реорганизацией интерстиция: 2-4 кратное увеличение деградации коллагена 1 в меди на фоне такого же снижения его синтеза. В то же время деградация коллагена 3 была незначительной, вследствие чего количественное соотношение коллаген 3/1 возросло по сравнению с контролем. Анализ циркулирующих маркеров также свидетельствует об активации воспалительного ответа (достоверное увеличение ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6, MCP-1, CCL-3, резистина и снижение херегулина) и показывает усиление оксидативного стресса (достоверное увеличение МАД, ПОБ и снижение ТАО).

Заключение:

Активация неспецифического воспаления и оксидативного стресса, а также реорганизация внеклеточной матрицы за счёт деградации коллагена 1 вовлечены в патогенезе ВСР.

3.21. ДИНАМИКА РЕГИОНАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ИЛИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Лазу М.

Институт Кардиологии, г. Кишинёв, Молдова

Введение (цели/задачи):

Изучение сравнительной эффективности медикаментозной и интервенционной терапии инфаркта миокарда.

Материал и методы:

Больных (возраст ≤ 67 лет) с инфарктом миокарда (ИМ) лечили консервативно (группа 1, $n=45$, ИМ с зубцом Q – 71,11%) или применением ангиопластики с имплантированием стента (группа 2, $n=42$, ИМ с зубцом Q – 61,9%). Критерии для включения в исследование: острый передний ИМ с давностью 72 ч – 1 месяц и стеноз ПМЖВ (LAD) $> 75\%$.

Региональную сократительную функцию левого желудочка (ЛЖ) исследовали исходно и через 1, 3, 6, 12 месяцев с использованием трансторакальной эхокардиографии в режиме М, В и Допплер. Фракцию выброса ЛЖ (ФВ) оценивали по модифицированному методу Симпсона.

Результаты:

Исходное значение ФВ в группах не отличалось достоверно (44,6% vs 51,2%). После 12 мес ФВ в группе с интервенционным лечением достоверно выше (47,9% vs 53,3%; $p<0,05$). Изначально частота нормокинетического паттерна ЛЖ статистически не отличалась в группах, однако после первого года наблюдения она оказалась достоверно выше в группе 2 (8% vs 32,35%). Гипокинез был первоначально выявлен у почти половины пациентов в обеих группах (56,82% vs 54,76%). После 3 месяцев число больных с гипокинезом уменьшилось только в группе 2, а через год разница составляла 26,5% (50% vs 68%). Около трети больных в группе с интервенционным лечением, первоначально имели акинезию, что в 2 раза больше чем в группе, получавшей консервативное лечение. Через год отмечалось увеличение числа больных с акинезией только в первой группе. Нарушения сократимости по типу дискинезии были у 25 и 11,9% больных соответственно первой и 2-й группы. Наблюдения в периоде от 6 мес до одного года показали учащение дискинезии до 32% при консервативном лечении, в то время как во второй группе она снизилась до 8,82% ($p<0,05$). Постинфарктные осложнения по типу аневризмы ЛЖ, были первоначально выявлены у 31,82% больных в первой группе и 21,43% во второй группе. После года наблюдения, её частота увеличивалась на 54% на фоне консервативного лечения и только на 23,5% во второй группе.

Заключение:

Сравнительная оценка динамики показателей региональной сократительной функции левого желудочка на протяжении 1 года у больных с инфарктом миокарда принимавших консервативное лечение или подвергшихся ангиопластики показывает большую эффективность интервенционной терапии, что сопровождалось меньшей частотой дискинезии, акинезии, а также аневризмы ЛЖ.

3.22. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЗДНЕГО ЛОКАЛЬНОГО И ПОЗДНЕГО ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ 45-МИНУТНОЙ КОРОНАРНОЙ ОККЛЮЗИИ У КРЫС

Басалай М.В., Барсукевич В.Ч., Юшкевич П.Ф., Мрочек А.Г.

РНПЦ «Кардиология», лаборатория экспериментальной медицины, фармакологии и токсикологии НИЧ БГМУ, г. Минск, Беларусь

Введение (цели/задачи):

В настоящее время известно, что длительность коронарной окклюзии является фактором, определяющим выраженность противоишемического эффекта локального посткондиционирования миокарда. Цель: сравнить выраженность противоишемического эффекта позднего локального и позднего дистантного ишемического посткондиционирования миокарда у крыс при длительности коронарной окклюзии, составляющей 45 минут.

Материал и методы:

Эксперименты выполнены на белых нелинейных крысах-самцах. Животные контрольной группы ($n=6$) подвергались только 45-минутной окклюзии передней нисходящей коронарной артерии с последующей 120-минутной реперфузией. Крысам опытных групп дополнительно на 10-й минуте реперфузии воспроизводились 6 эпизодов 10-секундной ишемии миокарда, чередующихся с 10-секундными интервалами восстановления коронарного кровотока (ИПостк10', $n=6$), или 15-минутная окклюзия обеих бедренных артерий (ДИПостк10', $n=8$). Показатели гемодинамики – артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) – регистрировались непрерывно в ходе экспериментов. Жизнеспособный миокард идентифицировали визуально после окраски по методу, основанному на определении активности дегидрогеназ.

Результаты:

Значимых отличий АД в ходе экспериментов от первоначальных значений не отмечалось ни в одной из групп. В контрольной группе и в группе ИПостк10' наблюдалось повышение ЧСС, начиная с 30-й минуты реперфузии, более выраженное в группе ИПостк10' ($p<0,05$ на 30-й минуте; $p<0,001$ на 120-й минуте). У животных группы ДИПостк10' роста ЧСС в ходе экспериментов не отмечалось. Зона некроза в контрольной группе составила $51\pm 8\%$. ДИПостк10' ограничивало зону некроза на 42% ($p<0,01$ в сравнении с контролем). В группе ИПостк10' противоишемический эффект отсутствовал (зона некроза $47\pm 13\%$, $p>0,05$ в сравнении с контролем; $p<0,05$ в сравнении с ДИПостк10').

Заключение:

При длительности коронарной окклюзии у крыс, составляющей 45 минут, дистантное посткондиционирование на 10-й минуте реперфузии оказывает выраженное противоишемическое действие, тогда как при воздействии локального посткондиционирования на 10-й минуте реперфузии противоишемический эффект не развивается.

3.23. ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПЕРКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ С ЛОКАЛЬНЫМ ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЕМ МИОКАРДА НА 1-Й И 10-Й МИНУТАХ РЕПЕРФУЗИИ

Басалай М.В., Барсукевич В.Ч.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь

Введение (цели/задачи):

Дистантное ишемическое перкондиционирование и локальное ишемическое посткондиционирование относятся к наиболее эффективным и технически простым методам защиты миокарда от ишемического и реперфузионного повреждения. Цель: оценить возможность потенцирования противоишемического эффекта при комбинированном воздействии на миокард дистантного ишемического перкондиционирования (ДИПерк) с локальным посткондиционированием, осуществ-

вляемым на 1-й (ИПостк1') или 10-й (ИПостк10') минуте реперфузии.

Материал и методы:

Эксперименты выполнены на белых нелинейных крысах-самцах. Животные контрольной группы (n=10) подвергались только 30-минутной окклюзии передней нисходящей коронарной артерии (ПНКА) с последующей 120-минутной реперфузией. Крысам опытных групп дополнительно выполнялись: окклюзия обеих бедренных артерий с 10-й по 25-ю минуту ишемии миокарда (ДИПерк, n=10); шестикратная 10-секундная окклюзия ПНКА с 10-секундными интервалами восстановления коронарного кровотока на 1-й (ИПостк1', n=7) или 10-й (ИПостк10', n=7) минуте реперфузии миокарда; комбинированное воздействие ДИПерк с ИПостк1' (ДИПерк+ИПостк1', n=6) или с ИПостк10' (ДИПерк+ИПостк10', n=6). Для идентификации зоны некроза использовали метод, основанный на определении активности дегидрогеназ.

Результаты:

Зона некроза в контрольной группе составила 43±6%. ДИПерк, ИПостк1' и ИПостк10' ограничивали зону некроза на 52%, 35% и 35% соответственно (p<0,001, p<0,01 и p<0,01 в сравнении с контролем). Потенцирования противоишемического эффекта при комбинированном воздействии ДИПерк с ИПостк1' или с ИПостк10' не отмечалось: зоны некроза составили 25±5% (p<0,001 в сравнении с контролем; p>0,05 в сравнении с ДИПерк и ИПостк1') и 30±8% (p<0,01 в сравнении с контролем; p>0,05 в сравнении с ДИПерк и ИПостк10').

Заключение:

При комбинированном использовании дистантного ишемического перекондиционирования с локальным посткондиционированием миокарда, осуществляемым на 1-й или 10-й минуте реперфузии, потенцирование противоишемического эффекта отсутствует.

3.24. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНГИОПЛАСТИКИ МНОГОСЕГМЕНТНЫХ И МНОГОСОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАМЕТРА И ДЛИНЫ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ СТЕНТОВ

МАРГАРЯН К.Р., ЗЕЛВЕЯН П.А.

ЦЕНТР ПРЕВЕНТИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ,
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИМ. АКАД. С.Х. АВДАЛБЕКЯНА МЗ РА, г. ЕРЕВАН, АРМЕНИЯ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценка частоты возникновения рестеноза и тромбоза при имплантации двух и более стентов при многососудистых или многосегментных поражениях коронарных артерий, в зависимости от диаметра и длины имплантированных стентов у больных, подвергнутых ангиопластике с использованием только стентов с лекарственным покрытием, только стентов без лекарственного покрытия и с одновременным использованием стентов обоих видов.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализированы данные 210 больных с многососудистыми или многосегментными поражениями коронарных сосудов, поступивших в МЦ «Норк-Мараш» с 01.01.2007г. по 01.01.2010г. и подвергшихся лечению путем имплантации двух и более стентов. Больные находились под наблюдением в течение 3 лет.

Результаты:

Стенты диаметром 2,5мм были имплантированы 5% больных (n=24), 2,75мм – 16,7% (n=80), 3мм – 33,9% (n=162), 3,5мм – 38,1% (n=182) и 4мм (n=30). Стенты длиной 14-24мм были имплантированы 48,7% больных (n=233), 24-38мм – 32,6% (n=156), 8-14мм – 16,7% (n=80), 38мм и более – 1,9% (n=9). В группе больных с имплантацией стента диаметром 2,5мм случаи рестеноза в 2 раза превышали этот показатель в группе с имплантацией стентов 2,75мм (95%, CI 3,5%-31,1%), в 3 раза – показатель группы с имплантацией стентов диаметром 3мм (95%, CI 2,1%-34,5%) и почти в 6 раз показатель группы с имплантацией стентов диаметром 3,5мм (95%, CI 5,4%-37,3%). В группе больных с имплантацией стента диаметром 2,75 мм случаи тромбоза имели место в 4 раза чаще по сравнению с группой с имплантацией стентов диаметром 3 мм (95%, CI -1,5%-8,1%).

Наихудшие результаты были зарегистрированы в группе больных, подвергшихся стентированию с использованием стентов без лекарственного покрытия. При сравнении группы больных с имплантацией стентов диаметром 2,75 мм показатели рестеноза были существенно выше по сравнению с результатами как в подгруппе больных с использованием только стентов с лекарственным покрытием, так и в группе с гибридным стентированием (95%, CI 1%-68,3%) и (95%, CI 4,9%-71,9%) соответственно. В зависимости от длины имплантированных стентов рестеноз был зарегистрирован в 6,25% при применении стентов длиной 8-14мм и 6,7% – стентов длиной более 14мм. Показатели тромбоза составили соответственно 1,25 и 1,5%.

Заключение:

При имплантации двух и более стентов при многососудистых или многосегментных поражениях коронарных сосудов более предпочтительно применение стентов длиной до 14мм и диаметром 3мм и более.

3.25. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНГИОПЛАСТИКИ МНОГОСЕГМЕНТНЫХ И МНОГОСОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДВУХ И БОЛЕЕ СТЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИИ

МАРГАРЯН К.Р., ЗЕЛВЕЯН П.А.

ЦЕНТР ПРЕВЕНТИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ,
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИМ. АКАД. С.Х. АВДАЛБЕКЯНА МЗ РА, г. ЕРЕВАН, АРМЕНИЯ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценка частоты возникновения осложнений имплантации двух и более стентов при лечении многососудистых или многосегментных поражений коронарных артерий в зависимости от техники проведения: в группах больных, подвергнутых ангиопластике с использованием только стентов с лекарственным покрытием, только стентов без лекарственного покрытия и гибриднему стентированию.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализированы данные 210 больных с многососудистыми или многосегментными поражениями коронарных сосудов, поступивших в МЦ «Норк-Мараш» с 01.01.2007г. по 01.01.2010г. и подвергшихся лечению путем имплантации двух и более стентов. Исходя из техники имплантации стентов, больные были разделены на группы:

больные, у которых имплантация двух и более стентов была проведена без предварительной преддилатации (гр.I, n=53) или после предварительной преддилатации (гр.II, n=157). Больные находились под наблюдением в течение 3 лет.

Результаты:

Большинство осложнений было зарегистрировано у больных гр.II (95%; CI-2,7%-20,2%). В гр.I было зарегистрировано 7, а в гр.II – 20 случаев рестеноза, 7 – тромбоза и 6 – летального исхода. Наименьшая частота рестеноза была зарегистрирована в подгруппе больных с гибридным стентированием (6,5%), однако при сравнении с подгруппами больных, подвергнутых ангиопластике с использованием только стентов с лекарственным покрытием и только стентов без лекарственного покрытия, эта разница недостоверна (95%, CI-3,5%-19,4%) и (95%, CI-6,2%-25,5%). Рестеноз и тромбоз были зарегистрированы у 7,7% больных, подвергнутых постдилатации, и 16,9% больных в группе без постдилатации (95%, CI-12%-23%).

Заключение:

При имплантации двух и более стентов при многососудистых или многосегментных поражениях коронарных сосудов более предпочтительна техника имплантации без предварительной преддилатации.

4. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ

4.1. ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ НАЛИЧИИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА

Портнова Е. В., Крюков Н. Н., Ангелова Л. А.

САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР,
САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
ГБУЗ САМАРСКАЯ МСЧ №2, г. САМАРА, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Распространенность ГБ по всему миру растет, а эффективность контроля артериального давления остаётся низкой, что повышает частоту поражения органов-мишеней. Доказано, что у 50% пациентов с ГБ встречается гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), частота выявления признаков поражения сонных артерий составляет -65%, а это увеличивает количество осложнений и летальность. Цель исследования. Выявить особенности ремоделирования сердца и сонных артерий у пациентов с гипертонической болезнью и когнитивными нарушениями в зависимости от нарушения ритма сердца с целью раннего предотвращения осложнений.

Материал и методы:

Исследованы 58 пациентов обоего пола с ГБ, верифицированной по критериям Российских рекомендаций (2010) без сопутствующей сердечно-сосудистой и церебральной патологии. У 30 из них зафиксированы суправентрикулярные нарушения ритма (частые экстрасистолы, короткие пароксизмы фибрилляции предсердий). Критерии исключения были заболевания и факторы влияющие на когнитивную функцию, деменция. Возраст пациентов $53,8 \pm 4,3$ года, САД $-144 \pm 12,3$, ДАД $-85 \pm 6,7$ мм.рт.ст. Длительность гипертонии $-6,4 \pm 1,5$ г., аритмии $-3,7 \pm 0,2$ г. Для контроля использовалась группа из 26 здоровых человек. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, весу. Эхо-КГ и исследование сонных артерий осуществляли по общепринятым методикам.

Результаты:

Данные Монреальского теста для определения когнитивной функции при ГБ достоверно отличались ($p < 0,05$) от данных контрольной группы. Структурными изменениями миокарда у пациентов с ГБ обеих групп были увеличение индекса массы миокарда левого желудочка (ЛЖ), размеров левого предсердия (ЛП), и толщины стенок ЛЖ. Достоверные отличия от контрольной группы пациенты имели по всем показателям. Значения показателя индекса ЛП- достоверно отличались у группы пациентов ГБ с нарушениями ритма от группы пациентов с ГБ без нарушения ритма и контрольной. Показатель толщины комплекса интима-медиа в 1 и 2 группах достоверно ($p < 0,05$) отличался от контрольной группы, но не между собой.

Заключение:

У пациентов с ГБ, нарушенной когнитивной функцией и суправентрикулярными аритмиями достоверно ухудшаются только параметры ЛП

4.2. АЛГОРИТМ ВЫБОРА СПОСОБА КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С QRS ОТ 120 ДО 150 МСЕК

Атрощенко Е. С., Островский Ю.П.,
Романовский Д.В., Курлянская Е.К.,
Кошлатая О.В., Шумовец В.В., Коваленко О.В.

РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Цель: разработать алгоритм отбора пациентов на различные варианты кардиоресинхронизирующей терапии у пациентов с тяжелой ХСН с QRS от 120 до 150 мсек..

Материал и методы:

28 пациентам с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) III-IV функциональных классов (ФК) тяжести имплантированы бивентрикулярные стимуляторы, части из них с одномоментной коррекцией атриовентрикулярной недостаточности, у всех выполнена ЭхоКГ, определено наличие и степень выраженности диссинхронии миокарда.

Результаты:

Пациентам с ХСН III-IV ФК тяжести с ФВ $< 35\%$, нарушениями внутрижелудочкового проведения по типу блокады левой ножки пучка Гиса с комплексом QRS от 120 до 150 мсек. с наличием выраженной электрической и механической диссинхронии миокарда, при наличии признаков неэффективности медикаментозной терапии в течение 3 месяцев - выполняется Эхо-КГ. При наличии степени митральной регургитации (MP) 2-4, ERO < 20 мм², регургитирующего объема < 20 мл и признаков механической диссинхронии: Ts-SD > 50 мсек. и МЖЗ > 40 мсек. или All segment max delay ≥ 137 мсек. пациенты должны быть направлены на CRT, при КСО > 323 мл - на трансплантацию сердца или механическую поддержку сердца. При наличии MP 2-4 степени, ERO > 20 мм², регургитирующего объема > 20 мл и признаков механической диссинхронии: Ts-SD > 50 мсек. и МЖЗ > 40 мсек. или All segment max delay ≥ 137 мсек. в зависимости от величины КСО должны быть направлены на CRT с коррекцией АВ-недостаточности при КСО ЛЖ ≤ 323 мл, при КСО > 323 мл - на трансплантацию сердца или механическую поддержку сердца. Если по данным Эхо-КГ механическая диссинхрония отсутствует, пациенты должны быть направлены на трансплантацию сердца, либо механическую поддержку сердца.

Заключение:

Разработан алгоритм отбора пациентов на различные варианты кардиоресинхронизирующей терапии у пациентов с тяжелой ХСН с QRS от 120 до 150 мсек., что позволяет повысить эффективность лечения данной категории пациентов.

4.3. АНАЛИЗ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО НАРУШЕНИЯМ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ В СЕМЬЯХ Г. КРАСНОЯРСКА

Никулина С. Ю., Шульман В. А., Чернова А. А., Третьякова С. С., Зайцев Н. В., Малюткина И. И., Базарова А. С.

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить динамику семейной агрегации нарушений проводимости по левой ножке пучка Гиса в семьях г. Красноярск за десятилетний период (2001-2011 гг.).

Материал и методы:

В 2000-2001 гг. сотрудниками кафедры внутренних болезней №1 КрасГМУ проведено клинко-инструментальное обследование больных с идиопатическими нарушениями проводимости по левой ножке пучка Гиса (БЛНПГ) и их родственников I, II, III степени родства (всего 40 семей). В 2010-2011 гг. членам этих семей повторно проведено кардиологическое обследование для выявления БЛНПГ, включающее клинический осмотр, электрокардиографию, эхокардиоскопию, велоэргометрию, холтеровское мониторирование ЭКГ. Для статистической обработки данных использовался пакет программ "SPSS Statistics". Критический уровень значимости принимался менее 0,05. Различия по исследуемым показателям рассчитаны с использованием критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

Результаты:

Распространенность нарушений проведения по ЛНПГ в 2001 году составила 17,13%, а в 2011 году – 31,79% (общий прирост – 14,66% за 10 лет, данные статистически значимы). В группе пробандов с БЛНПГ частота одноименной патологии у родственников – 9,6%. Отмечается статистически значимый прирост числа случаев заболеваемости среди родственников I степени родства – с 20,36% до 33,33%. Наиболее часто среди родственников пробандов болеют сестры (20,8%). Гендерных различий подверженности к нарушениям проводимости по ЛНПГ выявлено не было. Высокая частота одноименных нарушений сердечной проводимости среди родственников больных пробандов свидетельствует о накоплении болезни в семьях, что доказывается превышением уровня популяционного контроля (0,37% по данным Г. В. Матюшина, 2000 г.).

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о семейной агрегации нарушений проводимости по ЛНПГ. Накопление заболевания среди родственников пробандов и характер его распределения в семьях дают основание говорить о наследственной предрасположенности к заболеванию. Знание этиопатогенетических механизмов развития нарушений проводимости по левой ножке пучка Гиса имеет важное значение при выборе тактики терапии сопутствующих заболеваний и профилактики развития указанной патологии.

4.4. АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНОМЕНА ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У КРЫС С ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Юшкевич П. Ф., Висмонт Ф. И., Быкова О. Н.

УО "Белорусский государственный медицинский университет", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Исследования последних лет продемонстрировали, что выраженность ишемических нарушений сердечного ритма может быть значительно уменьшена при помощи ишемии конечности, предшествующей длительной ишемии миокарда – дистантное ишемическое прекондиционирование (ДИПК). Однако, остается неясной возможность данного феномена оказывать антиаритмическое действие при наличии сопутствующих заболеваний, в частности различных заболеваний печени. Целью исследования являлось выявление воспроизводимости антиаритмического эффекта феномена дистантного ишемического прекондиционирования у крыс с токсическим поражением печени.

Материал и методы:

Исследование проводили на 14 наркотизированных крысах-самцах линии Wistar с токсическим поражением печени (ТПП). Масса крыс составляла 200-250 г. ТПП вызывали однократным интрагастральным введением животным 50% раствора тетрахлорметана (ТХМ), приготовленного на оливковом масле, в дозе 1 мл/кг в течение 5 дней. В качестве контроля использовали 14 крыс с аналогичными характеристиками, которым в течение 5 дней интрагастрально вводилось оливковое масло в дозе 1 мл/кг (крысы без ТПП). В контрольной группе крыс с ТПП выполняли 30-минутную окклюзию передней нисходящей коронарной артерии (ПНКА, контроль, $n=7$). Длительность реперфузии составляла 120 минут. Животные опытной группы (ДИПК, $n=7$) дополнительно подвергались воздействию 15-минутной окклюзии обеих бедренных артерий за 10 мин до 30-минутной острой ишемии миокарда. Аналогичные протоколы экспериментов выполнялись на крысах без ТПП (контроль, $n=7$; ДИПК, $n=7$). Для оценки антиаритмического эффекта ДИПК подсчитывалась общая длительность нарушений сердечного ритма во время 30-минутной ишемии миокарда – фибрилляции желудочков (ФЖ), пароксизмальной желудочковой тахикардии (ПЖТ), парной желудочковой экстрасистолы, желудочковой экстрасистолы по типу бигеминии, также оценивалось наличие реперфузионных нарушений сердечного ритма.

Результаты:

Статистически значимых отличий между группами крыс с ТПП по показателю общей длительности нарушений сердечного ритма во время острой коронарной окклюзии выявлено не было ($p>0,05$). В контрольной группе крыс с ТПП во время острой ишемии миокарда наблюдались нарушения ритма общей длительностью от 67 до 199 сек. При этом, у 4 из 7 крыс данной группы отмечалась ФЖ, у 5 из 7 – ПЖТ. Реперфузионные нарушения сердечного ритма были выявлены у 5 крыс контрольной группы. В группе крыс с ТПП, в которой воспроизводился феномен ДИПК, длительность ишемических нарушений ритма сердца составляла от 31 до 322 сек. ФЖ имело место у 4 из 7 крыс данной группы, а ПЖТ – у 3 крыс. Реперфузионные нарушения сердечного ритма наблюдались у 5 крыс группы ДИПК. Длительность аритмий в контрольной группе крыс с ТПП составила 110 (93; 188) сек, в группе ДИПК – 165 (57; 197) сек. При воспроизведении феномена ДИПК у крыс без ТПП длительность аритмий во время острой коронарной ишемии в контрольной группе составила 230 (102; 302) сек, в группе ДИПК – 5 (0; 13) сек. Таким образом, общая продолжительность ишемических нарушений ритма сердца в группе ДИПК у крыс без ТПП значительно ниже, чем аналогичный показатель в контрольной группе ($p<0,05$), т.е. у крыс без ТПП антиаритмический эффект феномена ДИПК воспроизводится.

Заключение:

Антиаритмический эффект феномена дистантного ишемического preconditionирования у крыс с токсическим поражением печени не воспроизводится.

4.5. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Курданова М. Х., Уметов М. А., Бесланев И. А., Курданов Х. А.

ЦМЭИ – филиал ФГБУН-ГНЦ РФ-ИМБП РАН, КБГУ им. Х. М. Бербекова, г. Нальчик, Россия

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) остаётся одной из актуальных проблем современной медицины и социологии. Функциональное состояние сердца и головного мозга являются определяющими в возникновении и развитии АГ. При этом в последнее время все большее внимание уделяется вопросам роли обратной афферентации от вегетативной нервной системы (ВНС) в интегративную деятельность головного мозга. Цель: изучить особенности взаимосвязи вариабельности ритма сердца (ВРС) и биоэлектрической активности мозга у больных АГ. Провести системный анализ показателей ВРС и параметров электроэнцефалограммы (ЭЭГ).

Материал и методы:

Исследование проведено на 35 больных АГ II ст. и 25 здоровых лиц (контрольная группа). При анализе ВРС рассчитывались статистические характеристики динамического ряда, проводился анализ волновой и частотной структуры кардиоинтервалограммы, влияние терморегуляторной и периферической моторной систем. ЭЭГ проводили на аппаратно-программном комплексе "ЭЭГ-2000", Мицар-201 (Россия). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием современных математико-статистических методов.

Результаты:

У больных АГ выявлено снижение подкорковых центров суммарной мощности ВРС, её высокочастотных составляющих, снижение индекса активности; увеличение низкочастотных составляющих, индекса централизации в 2 раза в сравнении с группой здоровых лиц. Фоновая запись ЭЭГ у больных АГ отличалась от показателей здоровых лиц образом ритма, частотой, амплитудой, мощностью, процентным отношением и действующим значением альфа-ритма. Выявлено нарушение зональных и межполушарных различий, асимметрия частотных спектров, индекса и диапазонов альфа-ритма. Между статистическими и динамическими показателями ВРС и частотой, амплитудой альфа-ритма выявлены прямые корреляционные связи ($r=0,516-0,683$; $p<0,01$).

Заключение:

В группе больных АГ и здоровых лиц выявлены разные типы регуляции ЦНС и ВНС, особенности во взаимосвязи ВРС и параметров ЭЭГ. Синхронное исследование ВРС и биоэлектрической активности головного мозга позволяет оценить влияние вегетативного и неврологического статуса и его центральных компонентов на процессы регуляции ритма сердца, параметры гемодинамики и осуществлять подбор индивидуальной терапии.

4.6. ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Соловей С. П., Манак Н. А., Карпова И. С., Криворот И. И.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Республиканский центр спортивной медицины, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценить влияние курса интервальной НГТ на показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с ИБС и сопутствующим нарушением толерантности к глюкозе.

Материал и методы:

Под наблюдением находились 60 пациентов, страдающих стабильной стенокардией напряжения II-III ФК и предиабетом (нарушением толерантности к глюкозе), из них 40 (основная группа) - дополнительно к общепринятой лекарственной терапии получили 20 сеансов нормобарической гипокситерапии в дифференцированном режиме. Использовали стационарную установку «Био-Нова-204» с подачей гипоксической азотно-кислородной газовой смеси с 13,5% содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе при нормальном атмосферном давлении. Группу сравнения составили 20 пациентов, леченных только медикаментозно. Параметры вариабельности ритма сердца оценивали с использованием разработанного в РНПЦ «Кардиология» пакета компьютерной программы «Бриз» (5-минутная регистрация кардиоритмограммы). Для оценки степени активации парасимпатической вегетативной нервной системы проводилась проба с контролируемой частотой дыхания, симпатической - антиортостатическая проба.

Результаты:

НГТ оказывала корригирующее влияние на вегетативную регуляцию сердечного ритма, что проявлялось достоверным ($p<0,05$) повышением парасимпатической составляющей и тенденцией к снижению симпатической компоненты. Так, увеличивались общая мощность спектра SDNN (с $61,0\pm 1,99$ до $68,5\pm 2,90$) и RMSSD (с $25,8\pm 2,64$ до $38,7\pm 4,09$), pNN50 (с $1,3\pm 0,24$ до $2,4\pm 0,74$), уменьшалась Aто (с $67,9\pm 4,13$ до $62,8\pm 5,26$). Снижился и индекс напряжения Р.М. Баевского (стресс-индекс) со $145,3\pm 12,53$ до $106,7\pm 14,69$ ($p<0,05$). При проведении провокационной пробы с контролируемой частотой дыхания увеличивалась частота выявления адекватной реакции парасимпатической вегетативной нервной системы (с 57,5% до 80,0%, $p<0,05$). Более, чем в 2 раза реже регистрировалась реакция денервации – в 2,5% случаев. Несколько снизилась и частота обнаружения вегетативной денервации при оценке симпатической активности – с 12,5% до 7,5%.

Заключение:

Обнаруженное корригирующее воздействие НГТ на вегетативную регуляцию ритма сердца может иметь профилактическое значение в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений заболевания.

4.7. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ БЕССИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Часнойть А. Р., Гончарик Д. Б., Коваленко О. Н.,
Голеница В. Ф., Плащинская Л. И., Персидских Ю. А.,
Савченко А. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
"Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Материал и методы:

Для оценки встречаемости бессимптомной "немой" фибрилляции предсердий (ФП) после катетерной абляции в исследование включены 32 последовательных пациента (5 женщин, 27 мужчин). Данные приведены как медиана (Q25; Q75). Возраст пациентов 54(44; 66) лет. Средняя продолжительность ФП на момент включения составила 3,00(1,5; 6,00)лет. Передне-задний размер левого предсердия составил 42,00 (37,00; 45,00) мм. После процедуры катетерной абляции всем пациентам были имплантированы петлевые регистраторы.

Результаты:

Восстановление синусового ритма в конце процедуры было достигнуто в 100% случаев (у всех 32 пациентов). 6 пациентов (18,75 %) нуждались в дополнительной абляции трикуспидального истмуса. В периоде наблюдения были запланированы визиты каждые 3 месяца. Все пациенты прошли контрольный визит через 12 месяцев. Проверка данных петлевых регистраторов показала, что за период наблюдения у 18 из 32 пациентов (56,25 %) не было эпизодов ФП. У 3 пациентов (9,37 %) были зарегистрированы пароксизмы ФП в течение только первых 3 месяцев (слепой период) после процедуры катетерной абляции. У 2 пациентов (6,25 %) выявлены новые эпизоды типичного трепетания предсердий и были успешно излечены абляцией. 9 пациентов (28,12 %) имели несколько пароксизмов ФП и после окончания слепого периода (3 мес.), у 2 из них (6,25 %) были зарегистрированы бессимптомные эпизоды ФП по данным петлевых регистраторов с нагрузкой ФП в течение суток (AF burden) в 2,6 % и 9,8% соответственно. Интересно отметить, что также были зарегистрированы 2 пациента (6,25 %) с синусовым ритмом, которые предъявляли жалобы на пароксизмы ФП, которые в свою очередь не были подтверждены данными петлевых регистраторов – «ложная ФП».

Заключение:

Встречаемость бессимптомной ФП после катетерной абляции в нашем исследовании составила 6,25%. Петлевые регистраторы эффективны не только в выявлении бессимптомной ФП, но и в верификации эпизодов «ложной ФП».

4.8. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ Q-ИМ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Киличев А. А., Курбанов Р. Д., Муллабаева Г. У.,
Сайфитдинова Н. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
Кардиологии. РУз, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Оценка взаимосвязи между желудочковой аритмией и диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) у боль-

ных Q-волновым инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы:

Проведено обследование у 87 больных мужского пола с первичным Q волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные. Критериями исключения были: повторный ИМ, сопутствующие злокачественные новообразования, системные заболевания легких, заболевания почек. ЭхоКГ и доплерографическое исследование проводились на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Методом доплерэхокардиографии оценивалась диастолическая функция. Длительная регистрация ЭКГ осуществлялась в условиях свободного режима пациента с помощью компьютерной системы «Cardio Sens+». Для характеристики ЖЭ использовались градационная классификация B.Lown и M.Wolf (1971) и прогностическая классификация J.Bigger (1982). Почасовая качественная и количественная оценка ЖЭ проводилась в соответствии с градациями Lown-Wolf. Согласно классификации J.Bigger, после перенесенного ИМ к потенциально опасным ЖА относили ЖЭ>10 в час, парные ЖЭ и групповые ЖЭ. Математическая обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA-6.0.

Результаты:

По данным суточного мониторирования ЭКГ на 10-14 сутки у больных с Q-ИМ ЖЭ регистрировалась в 76 (88%) случаях. Из них согласно классификации J.Bigger ПОЖА выявлены у 37 (49%) больных. В зависимости от частоты и характера ЖЭ по результатам ХМЭКГ больные были разделены на 2 группы: первую составили 50 больных либо с отсутствием и либо с редкой до 10 в час ЖЭ, вторую – 37 с наличием ПОЖА. При анализе клинико-анамнестических данных выявлено, что группа больных с наличием ПОЖА представлены пациентами с ИМ передней локализации, осложненным течением заболевания как ранняя постинфарктная стенокардия (РПИС). При этом достоверные различия выявлены лишь по показателю наличия признаков НК (40,9% против 14%, $\chi^2 = 4,54; p < 0,05$) на момент обследования, а также выявляемости 2 и более осложнений в острейшем периоде ИМ (36,3% против 10% $\chi^2 = 4,38; p < 0,05$). При анализе данных доплерэхокардиографии нами выявлены следующие варианты ДДЛЖ: по I типу у 43,7%, по II типу у 31%, по III типу у 25,3% пациентов. При этом в I группе больных с отсутствием или редкой ЖЭ распространенность ДДЛЖ составила 69,3%, 26,0% и 4,7% соответственно I, II и III типам ДДЛЖ. Тогда как в группе пациентов с ПОЖА частота выявляемости ДДЛЖ составила 43,5%, 29,6% и 26,9% соответственно I, II и III типам ДДЛЖ.

Заключение:

Анализ полученных данных показал наличие взаимосвязи между потенциально опасными нарушениями ритма сердца и выраженностью диастолической дисфункции левого желудочка у больных Q-ИМ.

4.9. ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ И ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС ПО ДАННЫМ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ

Нагаева Г. А., Мирзалиева Н. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Оценить характер желудочковой экстрасистолы (ЖЭ) и параметров variability ритма сердца (ВРС) по данным велоэргометрической (ВЭМ) пробы у больных с хронической ИБС, в зависимости от уровня индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы:

Обследовано 67 больных, с хронической ИБС (46 – стабильной стенокардией напряжения (Ст.Н) функционального класса (ФК) II и 21 – Ст.Н ФК III) и отмечающих перебои в работе сердца. Ср.возраст обследуемых = $46,81 \pm 12,27$ лет; среди них муж. – 50 (74,63%). В исследование не включались лица с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе. Все больные обследованы амбулаторно в условиях консультативной поликлиники РСЦК МЗ РУз. Проводились: физикальный осмотр с вычислением ИМТ, ЭКГ, ЭхоКГ и ВЭМ-проба с оценкой параметров ВРС. Всем пациентам за сутки до проведения ВЭМ-пробы отменялись препараты базисной терапии. В зависимости от уровня ИМТ больные были разделены на 3 группы: 1гр. – 22 пациента с ИМТ < 25 кг/м²; 2гр. – 27 больных с ИМТ = 25–30 кг/м² и 3гр. – 18 лиц с ИМТ > 30 кг/м².

Результаты:

Распределение пациентов по группам установило: в 1гр. – 4 (18,2%), во 2гр. – 8 (29,6%) и в 3гр. – 9 (50%) больных характеризовались наличием Ст.Н ФК III. Было выявлено, что между значениями ИМТ и возрастом пациентов имелась прямая корреляционная зависимость ($p=0,227$; $t=1,231$; $r=0,215$). По ЭхоКГ существенных различий в анализируемых группах выявлено не было. При ВЭМ-пробе, пациенты 3гр., несмотря на высокие значения ИМТ, характеризовались большим объемом выполненной работы (в 3гр. = $4513,50 \pm 2848,02$ кгм vs $3254,73 \pm 1791,24$ кгм и $3842,00 \pm 1854,22$ кгм в 1 и 2 гр., соответственно, все $p>0,05$) и относительно длительным периодом выполнения физической нагрузки (t в 3гр. = $10,44 \pm 3,46$ мин vs $8,50 \pm 2,65$ мин и $9,37 \pm 2,69$ мин в 1 и 2 гр., соответственно, $p<0,05$). Оценка ЖЭ при ВЭМ-пробе выявила, что между значениями ИМТ и частотой встречаемости ЖЭ наблюдалась обратная корреляция ($p=0,042$; $t=-2,122$; $r=-0,356$), однако сложные градации ЖЭ были прерогативой пациентов 3гр. Со стороны параметров ВРС у пациентов 3гр. отмечалось снижение временных показателей (SDNN – на 24,9% и 14,5% ($p<0,05$), rMSSD – на 50,6% и 48,6% ($p<0,05$), pNN50 – на 54,5% и 45,2% ($p>0,05$) в сравнении с 1гр. и 2гр., соответственно), а также значений индекса централизации и триангулярного индекса, при этом спектральные характеристики носили противоречивый характер (LF/HF в 1гр. = $2,07 \pm 1,60$; во 2гр. = $1,96 \pm 1,72$ и в 3гр. = $2,61 \pm 3,32$, все $p>0,05$).

Заключение:

Прирост ИМТ у больных с хронической ИБС характеризуется утяжелением её ФК, обратной корреляционной зависимостью с частотой встречаемости ЖЭ, но преобладанием высоких градаций ЖЭ, а также снижением временных характеристик ВРС.

4.10. НАРУШЕНИЯ РИТМА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Нурмаханова Ж. М., Бедельбаева Г. Г.,
Мухамбетьярова С. А.

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучение частоты нарушений ритма сердца в течение года после острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материал и методы:

Обследовано 113 человек в возрасте 45 лет и старше. Средний возраст обследованных составил $57 \pm 0,6$ лет. У обследованных в 58,3% случаев имел место Q-инфаркт миокарда, у 41,7% больных – неп Q-инфаркт. Желудочковые экстрасистолы классифицировались по градациям В. Lown, М. Wolf (1971, 1983). Всем обследованным проводилось анкетирование, клинический осмотр с измерением АД, ЧСС, запись стандартной ЭКГ, 24-х часовое холтеровское мониторирование (ХМ) с использованием кардиореγράφатора. Всем обследуемым ХМ проводилось на фоне получаемой терапии: 65,9% больных принимали бета-блокаторы, 62,3% получали ингибиторы АПФ, 73,9% больных – антиагреганты, 29,1% обследованных принимали диуретики, 17,4% больных – блокаторы Са-каналов, 9,8% больных – антиаритмики, 51,5% наблюдаемых – статины.

Результаты:

По данным однократной регистрации ЭКГ наджелудочковые нарушения ритма наблюдались у 6,2% больных, желудочковые нарушения ритма регистрировались у 9,4% обследуемых. Единичные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) отмечались у 6,8% больных, у 2,6% больных наблюдалась парная ЖЭ. На момент обследования по данным однократной регистрации ЭКГ у 3,1% больных зарегистрирована перманентная фибрилляция предсердий (ФП). По данным ХМ НЖЭ наблюдалась у 93,7% больных. Среднее количество НЖЭ у обследуемых составило $191,5 \pm 45$. Наиболее часто, у 86% обследованных отмечалась редкая НЖЭ (менее 30 в час), частая НЖЭ (более 30 в час) выявлена у 13,9% больных. Парные НЖЭ зарегистрированы у 47%, групповые НЖЭ – у 30,9% обследованных. Кратковременные пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НЖТ) зарегистрированы в 21,9% случаев. Желудочковые нарушения ритма наблюдались у 91% обследованных. Среднее количество ЖЭ у всех обследуемых составило $390 \pm 97,6$. Редкие ЖЭ (менее 30 в час) встречались у 72,6% человек, частые ЖЭ (более 30 в час) регистрировались у 27,3%. Высокие градации ЖЭ по В. Lown, М. Wolf в том числе ЖЭ 3 градации отмечались в 8,0%, 4А – в 32,2%, 4Б – в 13,4% случаев.

Заключение:

Как по данным однократной регистрации ЭКГ, так и по данным ХМ наиболее часто регистрировалась ЖЭ высоких градаций, значительно реже регистрировалась ЖЭ низких градаций. Значительно реже регистрировались ФП и кратковременные пароксизмы НЖТ.

4.11. СВЯЗЬ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ФИБРОЗА МИОКАРДА С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА

Разин В. А., Гимаев Р. Х., Чернышева Е. В.,
Каюмова Г. Х., Низамова Л. Т.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный
университет», Центральная клиническая
медико-санитарная часть, г. Ульяновск, Россия

Введение (цели/задачи):

Одним из актуальных направлений в изучении процессов электрического ремоделирования является анализ изменений электрофизиологических свойств миокарда при арте-

риальной гипертензией (АГ). Согласно современной модели аритмогенеза, развитие нарушений ритма сердца обусловлено наличием структурной патологии сердца, которая под воздействием преходящих функциональных факторов на фоне специфических электрофизиологических изменений превращается в нестабильный аритмогенный субстрат. Цели. Изучить связь миокардиального фиброза у пациентов с артериальной гипертензией с возникновением желудочковых нарушений ритма.

Материал и методы:

Обследовано 158 пациентов с артериальной гипертензией, в среднем возрасте $54,2 \pm 3$ года. Миокардиальный интерстициальный фиброз рассчитывался по формуле J.Shirani, определяющей объемную фракцию интерстициального коллагена (ОФИК). В зависимости от ОФИК все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа ($n=20$) – ОФИК $<3\%$, 2 группа ($n=49$) – ОФИК $3-5\%$, 3 группа ОФИК ($n=89$) $>5\%$. Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты:

В ходе исследования выявлено, что в 1 группе желудочковые нарушения ритма выявлены у 20% пациентов (4 пациента), из них у 3-х пациентов выявлены редкие одиночные желудочковые экстрасистолы, и у 1 – парные и групповые желудочковые экстрасистолы. В группе 2 желудочковые нарушения ритма выявлены у 43% пациентов (21 пациент), из них у 14 пациентов зарегистрированы редкие одиночные желудочковые экстрасистолы и у 7 пациентов зафиксированы желудочковые экстрасистолы высоких градаций (парные, групповые), в сравнении с группой 1 значимых различий не отмечено ($\chi^2=2,3$, $p=0,13$). В 3-й группе желудочковые нарушения ритма были зарегистрированы в 70 % случаев (62 пациента). Различия в регистрации желудочковых нарушений ритма в сравнении с 1 ($\chi^2=14,9$, $p=0,0001$) и 2 ($\chi^2=8,4$, $p=0,008$) группами имели статистическую значимость.

Заключение:

Нарастание процессов миокардиального фиброза приводит к нарастанию гетерогенности процессов реполяризации и деполяризации желудочков и таким образом, увеличение содержания коллагена в миокарде (ОФИК) пациентов с артериальной гипертензией ассоциировано с желудочковыми нарушениями ритма.

4.12. ТИЛТ-ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Подлианова Е. И., МЕРЕЖКО А. С., ШАПРАН А. В.

Запорожский государственный медицинский университет, Городская детская больница (ГДБ) №5, г. Запорожье, Украина

Введение (цели/задачи):

Оценить значение тилт-теста в диагностике синкопе у детей.

Материал и методы:

В Запорожской детской больнице №5 обследованы 35 пациентов (12 мальчиков и 23 девочки) 4–16 лет с синкопальными состояниями неясного генеза. Тилт-тест проводился по Вестминстерскому протоколу с использованием мониторов ЭКГ «CardioLab» («ХАИ-Медика», Украина) и артериального давления «ЮМ 300-12», («UTAS», Украина).

Результаты:

У обследованных детей длительность синкопального анамне-

за составила 1–24 месяца, частота синкопе – 1–5 эпизодов. Провоцирующими факторами были пребывание в душном помещении, резкие запахи, медицинские процедуры, длительный ортостаз, эмоциональное напряжение. Пресинкопальный период длился от нескольких секунд до 2–3 мин. После обморока у 26,3% детей непродолжительно сохранялась общая слабость, тошнота, дискомфорт в брюшной полости. Вне приступа пациенты жаловались на головокружение, головную боль, плохую переносимость душных помещений и поездок в транспорте. Вазовагальные синкопе (ВВС) были диагностированы у 19 больных (54,8%): вазодепрессорный тип – у 42,1% детей, смешанный тип – у 52,6% детей. У 1 больного (5,3%) 10 лет на 27-й минуте ортостаза зафиксирован кардиоингибиторный тип ВВС подтип 2В, сопровождавшийся судорогами. После перевода ребенка в горизонтальное положение и проведения неотложных мероприятий сознание восстановилось. В анамнезе пациента отмечались 3 синкопе, возникшие без предвестников на улице города и в лифте. На ЭКГ во время потери сознания последовательно регистрировались пауза 4408 мс и асистолия длительностью 8733, 7953, 7002, 5547 мс. Ребенку имплантирован искусственный водитель ритма.

Заключение:

Тилт-тест позволяет уточнить причину возникновения обморока, что обосновывает выбор лечебной тактики и определяет прогноз.

4.13. ПАРАМЕТРЫ ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА И ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ

Нажалкина Н. М., ТРЕГУБОВ В. Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар, Россия

Введение (цели/задачи):

Сопоставить динамику параметров пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) и эхокардиографии (ЭХОКГ) у пациентов с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца (СВНРС) (суправентрикулярная экстрасистолия, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия) на фоне терапии небивололом и лизиноприлом.

Материал и методы:

В исследовании участвовало 16 пациентов с СВНРС на фоне ИБС и/или гипертонической болезни с сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) (ХСН I-II функциональных классов): 7 мужчин и 9 женщин, возраст $50,0 \pm 6,5$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом $5,5 \pm 1,3$ мг/сутки и лизиноприлом $12,8 \pm 5,1$ мг/сутки проводились проба СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия) и ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония). Статистическая обработка – методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (М), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Проба СДС: уменьшались исходная ЧСС (на 17,6%; $p < 0,05$), минимальная (на 16,3%; $p < 0,01$) и максимальная границы диапазона синхронизации (на 18,1%; $p < 0,05$), диапазон синхронизации (на 21,1%; $p < 0,05$), длительность развития СДС

на минимальной (на 26,2%; $p<0,05$) и максимальной (на 33,5%; $p<0,05$) границах, не изменялся индекс регуляторно-адаптивного статуса (РАС). ЭХОКГ: увеличивались фракция выброса ЛЖ (на 6,8%; $p<0,01$), скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на 12,5%; $p<0,01$), отношение VE к скорости трансмитрального диастолического потока A (VA) (VE/VA) (на 17,2%; $p<0,01$); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 3,4%; $p<0,01$), толщина задней стенки ЛЖ (на 6,4%; $p<0,05$) и МЖП (на 4,1%; $p<0,01$), передне-задний диаметр левого предсердия (на 3,1%; $p<0,01$), VA (на 5,1%; $p<0,01$), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 8,9%; $p<0,05$); не изменялось время замедления трансмитрального диастолического потока E (DTE).

Заключение:

При отсутствии повышения РАС отмечалось улучшение структуры и функции миокарда.

4.14. ПАРАМЕТРЫ ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА, ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ

Нажалкина Н. М., Трегубов В. Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар, Россия

Введение (цели/задачи):

Сопоставить динамику параметров пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ТШМХ) у пациентов с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца (СВНРС) (суправентрикулярная экстрасистолия, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия) на фоне терапии небивололом и лизиноприлом.

Материал и методы:

В исследовании участвовало 16 пациентов с СВНРС на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) (хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов): 7 мужчин и 9 женщин, возраст 50,0 $\pm$ 6,5 года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе 5,5 $\pm$ 1,3 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 12,8 $\pm$ 5,1 мг/сутки проводились проба СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R.Bruse для подтверждения или исключения скрытой коронарной недостаточности и ТШМХ по стандартному протоколу. 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:

Проба СДС: уменьшались исходная ЧСС (на 17,6%; $p<0,05$), минимальная (на 16,3%; $p<0,01$) и максимальная границы диапазона синхронизации (на 18,1%; $p<0,05$), диапазон синхронизации (на 21,1%; $p<0,05$), длительность развития СДС на минимальной (на 26,2%; $p<0,05$) и максимальной (на 33,5%; $p<0,05$) границах, не изменялся индекс регуляторно-адаптивного статуса (РАС). ТМ: увеличивалась максимальная нагрузка (на 9,6%; $p<0,01$), существенно не изменялось двойное

произведение. ТШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на 17,4%; $p<0,01$).

Заключение:

При отсутствии повышения РАС у пациентов с СВНРС регистрировалось увеличение толерантности к физической нагрузке.

4.15. ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ И ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

Нагаева Г. А., Мирзалиева Н. Б.

Республиканский научно-практический центр
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Цель: Провести сравнительную оценку показателей велоэргометрической (ВЭМ) пробы и параметров variability ритма сердца (ВРС) у больных с хронической ИБС, в зависимости от наличия или отсутствия желудочковой экстрасистолии (ЖЭ).

Материал и методы:

В условиях консультативной поликлиники РСЦК было обследовано 67 больных, страдающих хронической ИБС: 46 – стабильной стенокардией напряжения (СН) функционального класса (ФК) II и 21 – СН ФК III. Средний возраст обследуемых = 46,81 $\pm$ 12,27 лет; среди них мужчин – 50 (74,63%). Проводились: физикальный осмотр с вычислением индекса массы тела (ИМТ), ЭКГ, ЭхоКГ и ВЭМ-проба с оценкой параметров ВРС. Всем пациентам за сутки до проведения ВЭМ-пробы отменялись препараты базисной терапии. В исследование не включались больные с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда. Ретроградно, по данным ВЭМ-пробы, больные в зависимости от наличия или отсутствия ЖЭ были разделены на 2 группы: 1гр. – 35 пациентов с ЖЭ и 2гр. – 32 больных без ЖЭ.

Результаты:

В обеих группах преобладали лица мужского пола (80% и 68,8%). Во 2гр. преобладали лица более старшей возрастной категории: ср.возраст 1гр.=44,11 $\pm$ 11,46лет, во 2гр.=49,75 $\pm$ 12,63лет ($p=0,060$). По ростовесовым параметрам, по уровню ИМТ, а также по показателям внутрисердечной гемодинамики достоверных различий между группами выявлено не было. Анализ ВЭМ-пробы показал, что пациенты 2гр. характеризовались меньшим временем выполнения физической нагрузки (t 2гр.=8,47 $\pm$ 2,34мин vs t 1гр.=10,20 $\pm$ 3,24мин; $p=0,016$) и, соответственно, меньшим объемом выполненной работы (2гр.=3198,65 $\pm$ 1570,60кГМ vs 1гр.= 4406,40 $\pm$ 2482,29кГМ; $p=0,022$). Однако, уровень потребления O₂ на максимуме нагрузки в анализируемых группах существенно не различался, составив: в 1гр.=2,83 $\pm$ 0,65л/мин и во 2гр.=2,74 $\pm$ 0,96л/мин. Это подтверждалось и двойным произведением (ДП): ДП в 1гр.=223,38 $\pm$ 45,58у.е. и во 2гр.=221,60 $\pm$ 57,07у.е. (все $p>0,05$). Такие жалобы, как кардиалгический синдром (28,57% vs 9,37%), а также одышка/чувство нехватки воздуха (45,71% vs 34,37%) являлись прерогативой пациентов 1гр., во 2гр. преобладали безболевого ишемия и гипертензивная реакция на нагрузку. Со стороны параметров ВРС в 1гр. лиц наблюдалось снижение pNN50 (6,72 $\pm$ 12,26 vs 10,44 $\pm$ 14,90) и, соответственно, повышение

значений VLF ($813,50 \pm 595,03$ vs $647,23 \pm 484,46$) и отношения LF/HF ($2,43 \pm 2,49$ vs $1,87 \pm 1,86$); все $p > 0,05$.

Заключение:

Пациенты с хронической ИБС и наличием ЖЭ характеризуются большей физической выносливостью, но субъективно повышенной кардиалгической чувствительностью, а также вегетативным дисбалансом с преобладанием симпатической активности.

4.16. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗНОНАПРАВЛЕННОЙ ПОЛЯРНОСТИ БИПОЛЯРНЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ КАРТИРОВАНИИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ВЫНОСЯЩЕМ ТРАКТЕ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ

Гончарик Д. Б., Мрочек А. Г., Часнойть А. Р.,
Коваленко О. Н., Голенища В. Ф., Плащинская Л. И.,
Барсукевич В. Ч.

ГУ "РНПЦ Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Абляция в зонах наиболее ранней активации источников идиопатических желудочковых экстрасистолии (ЖЭС) и желудочковой тахикардии (ЖТ) является общепринятой. Абляция наиболее эффективна в зоне регистрации биполярного потенциала, предшествующему на 35-50 мсек. комплексу QRS желудочковой экстрасистолии / ЖТ. Однако данная зона может быть разлитой и составлять до 1,5-2,0 см в диаметре. Для уменьшения числа точек и зоны абляции необходимы дополнительные критерии. Нами производилась оценка частоты встречаемости и прогностическое значение выявленных противонаправленных биполярных потенциалов локальных электрограммах на прилегающих парах абляционного электрода.

Материал и методы:

Эндокардиальное картирование и абляция желудочковых нарушений ритма сердца выполнено у 125 пациентов с использованием навигационной системы Carto XP / Carto-3. Оценивали встречаемость биполярного сигнала с противоположной направленностью основного зубца в на дистальной паре абляционного электрода (Abl 1-2) и 2 проксимальных парах (Abl2-3 и Abl 3-4) в зоне наиболее ранней активации, предшествующей на 35-50 мсек на локальных электрограммах абляционного катетера и частота интраоперационного успеха абляции в данных точках.

Результаты:

Внутрисердечное ЭФИ и абляция были выполнены 152 пациентам с ЖТ/ЖЭС. Из них у 125 пациентов источник аритмии локализовался в области ВТ ЛЖ/ПЖ. Общая частота успешных результатов составила 83,2%. Биполярные сигналы с противоположной направленностью основного зубца в на дистальной паре абляционного электрода (Abl 1-2) и проксимальной паре (Abl2-3) в зоне наиболее ранней активации, предшествующей на 35-50 мсек комплексу QRS на локальных электрограммах абляционного катетера были выявлены нами у 64 пациентов (61,4%). Абляция в точках регистрации сигналов с противоположной направленностью основного зубца на абляционном электроде (Abl 1-2) и (Abl2-3) была эффективной у 53 пациентов (82,3%). При этом количество точек абляции в данной зоне составило $3,23 \pm 1,04$ точки. Среднее количество точек абляции у пациентов ($n = 40$), которые не имели четко выраженной зоны регистрации сигналов с проти-

воположной направленностью основного зубца на абляционном электроде (Abl 1-2) и (Abl2-3) составила $9,39 \pm 6,72$ точки ($p < 0,01$).

Заключение:

У пациентов с идиопатическими ЖТ/ЖЭС из ВТ ПЖ/ЛЖ отмечается высокая частота встречаемости биполярных сигналов с противоположной направленностью основного зубца на дистальных парах абляционного электрода (Abl 1-2) и (Abl2-3) в зоне, являющейся аритмогенным фокусом. Локализация указанной зоны позволяет снизить число точек абляции и соответственно, сузить зону абляции до минимально возможной.

4.17. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АБЛАЦИИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА В ВЫНОСЯЩЕМ ТРАКТЕ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ

Гончарик Д.Б., Мрочек А.Г., Часнойть А.Р.,
Коваленко О.Н., Голенища В.Ф.,
Плащинская Л.И., Барсукевич В.Ч.

ГУ "РНПЦ Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Абляция в зонах выявленных диастолических и пресистолических потенциалов (пре-СП) у пациентов с желудочковой тахикардией (ЖТ) со структурной патологией снижает риск рецидивов ЖТ. Прогностическое значение абляции в зоне указанных потенциалов у пациентов с идиопатическими ЖТ / желудочковой экстрасистолией (ЖЭС) из выносящих трактов (ВТ) левого (ЛЖ) и правого (ПЖ) желудочков изучено недостаточно. Нами производилась оценка частоты встречаемости и прогностическое значение выявленных потенциалов на эффективность абляции зонах регистрации пре-СП у пациентов с различными локализациями ЖТ/ЖЭС из ВТ ЛЖ/ПЖ.

Материал и методы:

Эндокардиальное картирование и абляция желудочковых нарушений ритма сердца выполнено у 125 пациентов с использованием навигационной системы Carto XP / Carto-3. Оценивали встречаемость низко- и высоко-частотных пре-СП (0-60 мсек.) на локальной электрограмме абляционного катетера и частота интраоперационного успеха абляции в данных зонах.

Результаты:

Внутрисердечное ЭФИ и абляция были выполнены 152 пациентам с ЖТ/ЖЭС. Из них у 125 пациентов источник аритмии локализовался в области ВТ ЛЖ/ПЖ. Общая частота успешных результатов составила 83,2%. Пре-СП был выявлен у 28 (22,4%) пациентов с ЖТ/ЖЭС из ВТ. Пре-СП был выявлен у 12 из 35 (34,3%) пациентов с аритмогенным фокусом области задних/задне-септальных отделов ВТ-ПЖ, т.е. значительно чаще, чем в других зонах ВТ-ПЖ 5 (14,3%; $p < 0,05$). Абляция в зоне высоко-частотного пре-СП (на 20-60 мсек. ранее комплекса QRS эктопии) была эффективной в 100% 17 пациентов с локализацией пре-СП в задних отделах ВП-ПЖ и у 88,9% у пациентов с локализацией в области левого синуса Вальсальвы (ЛСВ).

Заключение:

У пациентов с идиопатическими ЖТ/ЖЭС из ВТ ПЖ/ЛЖ отмечается высокая частота встречаемости пре-СП в области задних отделов ВТ-ПЖ и ЛСВ. Абляция в указанных зонах пре-

СП обеспечивает высокую частоту раннего и долгосрочного успеха операции радиочастотной абляции.

4.18. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И УМЕРЕННО РАСШИРЕННЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS

Курлянская Е. К., Островский Ю. П., Романовский Д. В.,
Троянова Т. А., Денисевич Т. Л., Семенова Н. В.

ГУ РНПЦ "Кардиология", г. Минск, БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/задачи):

Изучить эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ФК III-IV (NYHA), фракцией выброса (ФВ) < 35%, продолжительностью QRS 120-150 мс и синусовым ритмом.

Материал и методы:

В исследование включено 75 пациентов, которым проведена СРТ. Обследование пациентов проводилось исходно и через 6 месяцев после оперативного вмешательства, включало в себя проведение трансторакальной эхокардиографии, протокола диссинхронии миокарда.

Результаты:

В группе респондеров выявлено уменьшение конечно-систолического объема (КСО), конечно-диастолического объема (КДО), степени митральной регургитации (МР), увеличение

ФВ ($p < 0,005$), а именно: КДО с 300,0 (259,5-354,5) мл до 228 (201,0-272,0) мл, КСО с 224,0 (171,5-243,5) мл до 146,5 (115,0-174,0) мл. ФВ возросла с 28,0 (24,5-34,0)% до 36,5 (33,0-43,0)%. Степень МР исходно составляла 2,5 (2,0-3,5), после проведенного лечения уменьшилась до 1,5 (1,0-2,0). Уменьшилась межжелудочковая задержка с 63,5 (45,0-78,5) мс до 36,0 (28,0-52,0) мс, пресистолическая аортальная задержка с 160,5 (154,0-171,5) мс до 151,0 (122,0-164,0) мс, возросла пресистолическая задержка на клапане легочной артерии с 97,0 (90,0-111,0) мс до 109,0 (89,0-128,0) мс. В группе нереспондеров достоверно уменьшилась межжелудочковая диссинхрония с 63,0 (48,0-70,0) мс до 40,0 (30,0-51,0) мс, однако это не привело к улучшению внутрисердечной гемодинамики. Сравнивая группы респондеров и нереспондеров ($p < 0,005$), исходно во 2 группе КСО был больше: 261,5 (236,0-303,0) мл против 224,0 (171,5-243,5) мл, а ФВ меньше: 21,5 (18,5-24,0)% против 28,0 (24,5-34,0)%. После СРТ КСО у респондеров составил 146,5 (115,0-174,0) мл, у нереспондеров 230,0 (216,0-304,0) мл, ФВ 36,5 (33,0-43,0)% и 23,0 (16,0-28,0)%. Степень МР 1,5 (1,0-2,0) в 1 группе и 3,0 (2,0-4,0) во 2 группе.

Заключение:

СРТ является эффективным методом лечения пациентов с ХСН ФК III-IV (NYHA) и умеренно расширенными комплексами QRS. Эффективность СРТ, оцененная по показателям гемодинамики и качества жизни у пациентов с умеренно расширенным комплексом QRS, сопоставима с таковой у пациентов широким комплексом QRS.

5. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

5.1. ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Суджаева О. А.

Республиканский научно-практический центр
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Изучить патофизиологические механизмы формирования депрессии у лиц с артериальной гипертензией (АГ) при наличии метаболического синдрома (МС).

Материал и методы:

74 пациента с АГ и сопутствующим МС в возрасте от 30 до 62 лет (в среднем $45,2 \pm 1,2$ года), из них 49 (67%) лиц мужского и 25 (33%) – женщины. Оценка психоэмоционального состояния проводилась с использованием Госпитального опросника тревоги и депрессии HADS и шкалы Цунга. Для оценки системного воспаления использовались С-реактивный белок (СРБ), интерлейкин-6 (ИЛ-6), туморнекротизирующий фактор альфа (ТНФ- α).

Результаты:

Депрессия выявлена у 40 (56%) пациентов по шкале Цунга и лишь у 5 (7%) – по шкале HADS ($p < 0,05$). Распространенность тревоги у лиц с АГ и МС по шкале HADS составила 28% (4 из 74 обследованных), комбинация тревоги и депрессии имела место у 3 (4%) обследованных. При проведении корреляционного анализа (метод Pearson) установлено, что наличие и выраженность тревоги не связано с уровнем вышеупомянутых показателей системного воспаления ($p > 0,05$). В то же время наличие и выраженность депрессии, выявляемой по шкале HADS, коррелирует с уровнем СРБ ($r = 0,3502$, $z = 0,184$). Наличие и выраженность депрессии, диагностируемой по шкале Цунга, коррелирует с уровнем ТНФ- α ($r = 0,3629$, $p = 0,0448$).

Заключение:

Системное воспаление у лиц с АГ и сопутствующим МС обуславливает наличие и выраженность депрессии, однако, не влияет на развитие тревоги у данной категории лиц.

5.2. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ НА РАССТРОЙСТВА РЕГИОНАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Пятченков М. О., Агафонов М. В., Тыренко В. В.

Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/задачи):

Благодаря доступности новых методов исследований и признания того, что расстройства микроциркуляции являются частью патогенеза многих заболеваний, которые ранее ассоциировались только с нарушениями на макрососудистом уровне, интерес к изучению регионарной гемодинамики значительно вырос. Неоднократно подтверждалась тесная взаимосвязь подагры и метаболического синдрома (МС), ряд научных сообществ предлагают считать гиперурикемию одним из критериев МС.

Материал и методы:

Обследовано 60 пациентов с первичной подагрой (все мужчины, средний возраст $65,3 \pm 6,6$ года, длительность заболевания $9,3 \pm 3,3$ года), у 34 из которых в соответствии с критериями Adult Treatment Panel III верифицирован МС, на основании чего сформированы 2 группы. Состояние регионарной гемодинамики оценивали с помощью высокочастотной ультразвуковой доплерографии путем измерения объемной (Qas, мл/мин) и линейной (Vas, см/с) скорости кровотока, индекса периферического сопротивления (RI) в области тыла кисти.

Результаты:

В исследуемых группах при сопоставимом возрасте и длительности основного заболевания у больных с МС выявлено значительное снижение Qas: 0,059 против 0,062 мл/мин ($p < 0,05$). Достоверных отличий по Vas (1,004 и 1,042 см/сек) и RI (0,66 и 0,69 усл.ед.) не установлено ($p > 0,05$). Гиперурикемия у пациентов с МС и группы сравнения наблюдалась у 26 (76,5%) и 16 (61,5%) при среднем уровне мочевой кислоты (МК) 490,4 и 449,2 мкмоль/л соответственно ($p < 0,05$). При корреляционном анализе у больных с МС установлена значимая взаимосвязи уровня МК только с RI ($r = 0,41$, $p < 0,05$).

Заключение:

Полученные данные показывают, что компоненты МС могут отрицательно сказываться на состоянии микроциркуляторного русла. Сегодня мы начинаем видеть, что микроангиопатия является не только следствием дисфункции крупных сосудов, но может быть источником многих патологий, в том числе сердечно-сосудистых и метаболических расстройств, лучшим примером которых является кардиометаболический синдром.

5.3. ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА УРОВЕНЬ 8-ИЗОПРОСТАНА У ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Герасимчук Н. Н., Ковалева О. Н.,

Сафаргалина-Корнилова Н. А.

ХНМУ, КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ №1,
ОББ, г. Харьков, Украина

Введение (цели/задачи):

Оценка влияния ожирения и избыточной массы тела на уровень 8-изопростана (8-ИП), как главного маркера оксидативного стресса у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

Содержание в сыворотке крови 8-ИП определяли иммуноферментным методом при помощи набора «8-isoprostane ELISA» фирмы «USBiological» (США) ($n = 34$). Полученные данные выражались в пг/мл. В условиях стационара были обследованы пациенты ГБ 1-3 степень в сочетании с избыточным уровнем массы тела ($n = 23$) и ожирением ($n = 11$) в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст $55,3 \pm 1,33$ года), которым ранее не проводили регулярную антигипертензивную терапию. Группу контроля составили 10 практически здоровых лиц, по полу и возрасту сопоставимых с больными основной группы.

Результаты:

Было отмечено достоверное повышение уровня 8-ИП в сыворотке крови пациентов ГБ с избыточной массой тела и

ожирением в сравнении с группой контроля: $(17,15 \pm 3,12)$ и $(1,41 \pm 0,81)$ соответственно, где $p < 0,05$. При этом 8-ИП у пациентов ГБ в 12,6 раз превышал показатель группы контроля. Изучая влияние избыточного веса и ожирения на данный показатель, было отмечено, что уровень 8-ИП достоверно повышен как у пациентов ГБ с избыточным весом ($12,13 \pm 9,05$), так и ожирением ($27,63 \pm 14,4$) в сравнении с группой контроля и соответственно в 8,6 раза и 19,6 раза выше, где $p < 0,001$. При ожирении уровень 8-ИП в 2,27 раза выше по сравнению с пациентами с избыточной массой тела, где $p < 0,001$.

Заключение:

Полученные данные о повышении уровня 8-ИП в сыворотке крови, могут трактоваться, как формирование при ГБ с избыточным весом и ожирением оксидативного стресса, что имеет важное значение для объяснения агрегации сердечнососудистых заболеваний у данной категории лиц. При этом повышение индекса массы тела достоверно повышает концентрацию 8-ИП, как основного маркера оксидативного стресса.

5.4. ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Назарова Е. А., Кратнов А. Е., Тимганова Е. В.

Ярославская государственная медицинская академия,
г. Ярославль, Россия

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – изучение влияния ожирения на показатели вариабельности ритма сердца у пациентов без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы:

Обследовано 94 пациента (средний возраст $46,3 \pm 6,8$) без ИБС, для диагностики которой выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Для определения степени общего ожирения рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Ожирение было диагностировано у 35 (37,2%) пациентов, из них у 28 (80%) выявлялась I степень ожирения (ИМТ $30-34,9 \text{ кг/м}^2$), у 7 (20%) – II степень ожирения (ИМТ $35-39,9 \text{ кг/м}^2$). У 45 (47,9%) пациентов наблюдалось предожирение (ИМТ $25-29,9 \text{ кг/м}^2$). Анализ вариабельности ритма сердца во временной области за 24 часа записи ЭКГ проводился с помощью программы “Astrocard ® HOLTERSYSTEM-2F Elite” (ЗАО “Медитек”, Москва).

Результаты:

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 ($5,2 \pm 0,8 > 4,9 \pm 0,7 > 4,6 \pm 0,5 > 4,5 \pm 0,6 \text{ ммоль/л}$). При изучении параметров ВРС выявлено снижение средней длительности интервалов R–R ($838,7 \pm 49,5 < 917,8 \pm 94,5$ и $899,7 \pm 112,3$ и $902,6 \pm 111,2 \text{ мс}$) и мощности в диапазоне высоких частот (HF $209,1 \pm 116,1 < 379,3 \pm 314,1$ и $254,5 \pm 189,1$ и $421,6 \pm 493,7 \text{ мс}^2$) 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 свиде-

тельствует большая частота сердечных сокращений. 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 сопровождается усилением симпатических влияний на синусовый узел на фоне роста глюкозы капиллярной крови.

5.5. ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ И НАЛИЧИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ

Королева Е.В., Кратнов А. Е., Силкина Е. Е.,
Третьякова А. Н.

ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, Дорожная клиническая больница
на станции Ярославль, г. Ярославль, Россия

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – изучение влияния контроля гликемии и наличия диабетической невропатии на развитие диастолической дисфункции и структурное ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материал и методы:

Обследовано 133 пациента в возрасте от 26 до 66 лет без ишемической болезни сердца. У 75 (56,4%) пациентов с СД выявлялась артериальная гипертензия (АГ). В качестве критерия компенсации углеводного обмена у больных СД был использован показатель гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Выявлено, что 61 (45,9%) больной СД имел $\text{HbA1c} \leq 6,5\%$, 12 (9%) – $\text{HbA1c} > 6,5\%$, 60 (45,1%) пациентов – $\text{HbA1c} > 7,5\%$. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Philips “En Visor C”, диагностика диабетической невропатии осуществлялась на аппарате Нейро-ЭМГ-Микро.

Результаты:

У пациентов с СД без АГ и уровнем $\text{HbA1c} > 7,5\%$, по сравнению с компенсированными больными, достоверно чаще выявлялась диастолическая дисфункция ЛЖ ($40\% > 11,1\%$; $p = 0,03$) и наблюдалась более тяжелая ее степень (псевдонормальный тип), что сопровождалось увеличением случаев появления концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ – у пациентов с уровнем $\text{HbA1c} > 6,5\%$ ($100\% > 11,1\%$; $p = 0,04$) и уровнем $\text{HbA1c} > 7,5\%$ ($30\% > 11,1\%$). Рост случаев развития диастолической дисфункции и ремоделирования миокарда ЛЖ у больных СД и АГ при декомпенсации диабета был менее очевиден за счет вклада гипертензии в их развитие. При наличии уровня $\text{HbA1c} > 7,5\%$ у данных пациентов, по сравнению с компенсированными больными, чаще выявлялся псевдонормальный тип диастолической дисфункции ($14,3\% > 6,7\%$) и концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ ($47,4\% > 31,6\%$). У больных СД с уровнем $\text{HbA1c} > 7,5\%$, как без АГ ($28,6\% > 0\%$; $p = 0,03$), так и при ее наличии ($16\% > 0\%$; $p = 0,04$), достоверно чаще диагностировалась демиелинизирующая невропатия.

Заключение:

Декомпенсация СД (уровень $\text{HbA1c} > 7,5\%$) и развитие демиелинизирующей невропатии сопровождаются утяжелением

степени диастолической дисфункции и структурного ремоделирования миокарда ЛЖ.

5.6. ИЗМЕНЕНИЯ ПРОФИЛЯ АДИПОКИНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Амбросова Т. Н., Ковалева О. Н., Ащеулова Т. В.,
Смирнова В. И.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ, г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Цель работы - определение изменений профиля адипокинов в гипертензивных пациентов в зависимости от наличия АО

Материал и методы:

Обследовано 78 пациентов артериальной гипертензией (АГ) 2 стадии, 1-3 степени. Средний возраст обследованных составил $58,3 \pm 3,7$ лет. В зависимости от наличия абдоминального ожирения (АО) согласно критериям IDF (2005) пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=35) без АО, 2 группа (n=43) с АО. Профиль адипокинов оценивали по концентрации адипонектина, фактора некроза-опухолей- α , интерлейкина-6.

Результаты:

При анализе изменений адипонектина снижение его уровня зарегистрировано в группе пациентов с АО, которое было статистически достоверным ($5,91 \pm 0,42$ мкг/мл против $6,39 \pm 0,77$ мкг/мл у пациентов без АО). Также была проведена оценка гендерных различий уровня адипонектина. Так, концентрация адипонектина в группе при сочетании АГ и АО у мужчин была ниже, чем у женщин. В группе АГ без признаков АО уровни адипонектина у мужчин и женщин были статистически сопоставимы. Показатели адипонектина в группах сравнения у женщин не были статистически отличными, а среди мужчин эти различия были достоверными ($6,38 \pm 1,28$ мкг/мл против $5,52 \pm 0,68$ мкг/мл) ($p < 0,05$). Активность других адипокинов, а именно ФНО- α была достоверно выше в группе с АО $18,56 \pm 2,46$ нг/мл по сравнению с группой сравнения $6,92 \pm 2,18$ нг/мл ($p < 0,05$). Уровни ИЛ-6 имели тенденции к увеличению у лиц с АО $12,18 \pm 0,23$ нг/мл против $10,93 \pm 0,61$ нг/мл у лиц с АГ без АО, но данные изменения были статистически недостоверны.

Заключение:

АО является независимым триггерным фактором риска кардиальной патологии. Изменения профиля адипонектина могут свидетельствовать о вероятной связи АО с диабетогенными, атерогенными и протромботическими эффектами в условиях гипoadипонектинемии у пациентов с АГ. А установленная нами гипoadипонектинемия у мужчин с АГ может рассматриваться одним из дополнительных факторов повышенного риска развития атеросклероза и сахарного диабета в мужской популяции.

5.7. МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Срожидинова Н. З., Турсунова Н. Б., Ходиметова Ш.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценить взаимосвязь с микроальбуминурией (МАУ) и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

В исследование включены 202 больных мужчин с АГ и МС. Средний возраст больных составил $45,1 \pm 10,7$ года. МС установлен согласно рекомендациям IDF, 2005г. Всем больным проводилась ЭхоКГ. МАУ определяли в утренней порции мочи методом ИФА. Положительным результатом на МАУ считали уровень 20-200 мг/л. Статистическая обработка проведена с помощью пакета Statistica Soft 6.0.

Результаты:

Среди обследованных МАУ выявлена у 68 (33,7%) больных. Для дальнейшего анализа больные были разделены на 2 группы по наличию МАУ. Средняя экскреция альбумина с мочой в группе больных с нормоальбуминурией составила $8,7 \pm 3,9$ мг/л, а в группе больных с МАУ – $45,5 \pm 36,3$ мг/л, $p=0,000$. Больные с МАУ имели достоверно высокие значения САД ($159,5 \pm 16,5$ мм рт.ст. против $151,5 \pm 13,9$ мм рт.ст., $p=0,0004$), ДАД ($102,0 \pm 10,0$ мм рт.ст. против $96,9 \pm 8,4$ мм рт.ст., $p=0,00018$) по сравнению с больными без МАУ. В 1-й группе отмечалось достоверно высокие значения толщины МЖП ($1,25 \pm 0,16$ см против $1,18 \pm 0,18$ см, $p=0,009$) и ЗСЛЖ ($1,22 \pm 0,24$ см против $1,13 \pm 0,24$ см, $p=0,018$). Больные с МАУ имели достоверно более выраженную ГЛЖ по сравнению с больными без МАУ: ИММЛЖ составил $157,9 \pm 36,8$ г/м² против $146,5 \pm 33,1$ г/м², $p=0,027$. Соответственно, в 1-й группе относительная толщина стенок (ОТС) была достоверно высокой по сравнению со 2-й группой: ОТЗСЛЖ: $0,46 \pm 0,11$ против $0,42 \pm 0,10$ см, $p=0,019$; ОТМЖП: $0,74 \pm 0,18$ против $0,67 \pm 0,17$ см, $p=0,009$; ОТС: $0,47 \pm 0,09$ против $0,43 \pm 0,09$ см, $p=0,012$.

Заключение:

Больные АГ с МС и МАУ имеют более выраженную ГЛЖ. МАУ является важным прогностическим фактором при АГ и МС.

5.8. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Иваненко В. В.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЦА, КРОВИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ
ИМ. В.А.АЛМАЗОВА, г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Состояние сосудистой стенки, оцениваемое различными неинвазивными методами, является предметом активного изучения в области оценки сердечно-сосудистого риска. Одним из основных параметров, характеризующих жесткость сосудов, является скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) (W.Nicols et.al., 2005). На СРПВ оказывают влияние возраст, уровень АД, антропометрические параметры и другие факторы риска. Хорошо известно, что многие факторы риска, особенно метаболические, часто сочетаются друг с другом, что позволяет их объединять в кластеры, одним из которых является метаболический синдром (МС), самостоятельное значение которого для прогноза пациентов до сих пор не определено [Cruickshank K., Riste L, 2002]. J.J. Toto-Moukou и соавт. продемонстрировали увеличение СРПВ у пациентов с ожирением, не зависящее от возраста, пола и уровня АД. Кроме того, они продемонстрировали, что снижение индекса

массы тела (ИМТ) ассоциируется со снижением сосудистой жесткости. Во всех известных немногочисленных исследованиях по изучению состояния сосудистой стенки, к сожалению, не проводилось оценки особенностей состояния сосудистой стенки при метаболическом синдроме (МС). Цель. Изучить показатели сосудистой жесткости и центрального давления у относительно здоровых лиц с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Был обследован 161 человек от 30 до 60 лет (средний возраст составил $49,07 \pm 10,3$), считавших себя здоровыми. 40 обследуемых оказались курильщиками. У 43 пациентов с МС -выявлена артериальная гипертензия (АГ). Обследование включало анкетирование на предмет образа жизни, определение антропометрических параметров (индекс массы тела (ИМТ) по Кетле, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ)). АД измерялось три раза с интервалом в 2 минуты в положении сидя после 5 минут покоя по стандартной методике. ЧСС регистрировалась за 30 секунд по частоте пульса. Образцы крови забирались натощак. Определялся уровень глюкозы плазмы и показатели липидного спектра на аппарате Хитахи 902 (Рош-Диагностика). Показатели сосудистой жесткости (СРПВ, ИА, ДА) и центрального давления (ЦСАД, ЦПД) были измерены с помощью метода аппланационной тонометрии на приборе SphygmoCor Px. Для оценки состояния органов-мишеней проводились Эхокардиография с расчетом индекса массы левого желудочка (ИММЛЖ) и УЗИ сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ).

Результаты:

У пациентов с метаболическим синдромом достоверно выше оказались все показатели сосудистой жесткости по сравнению с лицами без метаболического синдрома (СРПВ- $7,6 \pm 1,7$ против $6,9 \pm 1,5$ мс, и ИА - $30,4 \pm 14,6$ против $24,9 \pm 17,8$ %, ДА- $12,4 \pm 7,4$ и $9,9 \pm 6,2$ мм рт. ст., $p < 0,05$ для всех значений) При оценке показателей сосудистой жесткости и центрального давления у лиц с МС в данном исследовании выше оказались все показатели жесткости сосудистой стенки (СРПВ, ИА, и ДА) и центрального давления (ЦСАД и ЦПД) по сравнению с лицами без МС. Полученные данные несколько противоречат анализу, проведенному Sesselja M. и соавторами, который выявил, что только возраст и уровень АД являются четкими предикторами СРПВ, тогда как вклад других факторов был небольшим. При оценке влияния возраста, как основного фактора риска развития ССЗ, выявлено достоверное повышение СРПВ с возрастом у лиц с МС. Выявлены и более высокие значения центрального САД по сравнению с лицами без МС ($126,9 \pm 17,9$ и $118,7 \pm 15,3$, $p < 0,01$). Из показателей поражения органов – мишеней у лиц с МС отмечалось повышение - комплекса ТИМ, и особенно ИММЛЖ. Достоверного повышения ЛПИ не выявлено. СРПВ и ЦСАД коррелировали с возрастом ($r = 0,51$ и $r = 0,47$), индексом массы тела ($r = 0,26$ и $r = 0,24$), ОТ ($r = 0,29$ и $r = 0,32$) и уровнем общего холестерина ($r = 0,28$ и $r = 0,31$), $p < 0,01$ для всех значений. Выявлено взаимодействие показателей жесткости сосудов между собой. ЦСАД коррелировало с СРПВ ($r = 0,58$), ИА ($r = 0,3$), и ДА ($r = 0,5$), а также и ПД ($r = 0,67$), $p < 0,05$.

Заключение:

У лиц с МС все показатели сосудистой жесткости оказались выше. Независимо от наличия МС- возраст и ИМТ являются основными факторами, определяющими повышение жесткости сосудов. Из показателей поражения органов-мишеней у

лиц с МС достоверно выше оказался ИММЛЖ. У лиц с МС наиболее часто встречалось снижение ЛПИ, повышение ИММЛЖ и повышение ТИМ – показателей, характеризующих поражение органов-мишеней.

5.9. СОСТОЯНИЕ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ

Пятченков М. О., Агафонов М. В., Бологов С. Г.

Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/задачи):

Метаболический синдром (МС) считается всемирной эпидемией с высокой социально-экономической значимостью и определяется как кластер независимых взаимосвязанных факторов, которые увеличивают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета 2 типа. Учитывая, что ССЗ остаются основной причиной смерти во всем мире, выяснение механизмов, посредством которых МС повышает сердечно-сосудистый риск имеет важное значение для разработки будущих методов лечения и профилактики этой глобальной проблемы. Цель: оценить состояние сосудодвигательной функции эндотелия (СДФЭ) (эндотелий-зависимую (ЭЗВД) и эндотелий-независимую вазодилатацию (ЭНЗВД)), как одного из основных патогенетических звеньев ССЗ у больных с МС.

Материал и методы:

Обследовано 50 мужчин (средний возраст $63,5 \pm 1,0$ лет) с МС (диагноз соответствовал критериям Adult Treatment Panel III). СДФЭ изучали путем оценки реактивности сосудов микроциркуляторного русла кожи в пробах с вазоактивными веществами: ацетилхолином (Ах) и нитроглицерином (Нг), вводимыми в кожу методом ионофореза с последующей по минутной регистрацией скорости объемного кровотока методом высокочастотной ультразвуковой доплерографии. Для оценки продукции эндотелиальными клетками оксида азота (NO), стимулируемую напряжением сдвига, проводили пробу с реактивной гиперемией. Группа сравнения представлена 20 здоровыми мужчинами.

Результаты:

В пробе с Ах установлено, что максимальная амплитуда реакции у пациентов с МС составила $134,5 \pm 1,0$ против $141,6 \pm 1,1$ у здоровых лиц ($p < 0,05$). Прирост скоростных показателей в реакции с Нг также был значимо ниже: $133,3 \pm 0,9$ и $152,9 \pm 1,0$ ($p < 0,001$). Постокклюзионная вазодилатация значимо различалась в исследуемых группах: средний прирост линейной скорости кровотока в группе больных МС составил $19,9 \pm 1,1$ %, у здоровых $30,4 \pm 1,0$ ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, у больных с МС выявлены нарушения как ЭЗВД (неадекватная продукция NO эндотелиальными клетками на микро- и макрососудистом уровне), так ЭНЗВД (неадекватное расслабление гладкомышечных клеток сосудистой стенки в ответ на действие Нг). В клинической практике необходимо использование воспроизводимой и неинвазивной методики исследования СДФЭ, что может дать новую информацию о прогнозе и эффективности проводимой терапии.

5.10. УРОВНИ АПОЛИПОПРОТЕИНА Е В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА

НЕСТЕРУК О. Н., БЕЛЯЕВА Л. М.

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, г. МИНСК, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) и ожирение – актуальная проблема медицины. Установлена тесная связь между наличием ожирения и развитием АГ, ишемической болезни сердца и атеросклероза. Важную роль в регуляции липидного обмена играет аполипопротеин Е (АпоЕ), который входит в состав жировых частиц хиломикронов и липопротеинов очень низкой плотности, инициируя их захват и удаление из крови. Цель: Оценить уровень АпоЕ в сыворотке крови у детей с АГ на фоне избытка массы тела и ожирения.

Материал и методы:

Обследовано 75 детей с эссенциальной АГ в возрасте от 9 до 17 лет: 47 мальчиков и 28 девочек. Контроль составили 25 практически здоровых детей в возрасте 9 – 17 лет. Для определения липопротеинов использовали прямой энзиматический колориметрический метод. Белки, входящие в состав липопротеинов (АпоЕ) определяли турбидиметрическим методом.

Результаты:

Все обследованные разделены на 3 группы: 1-я группа (28 человек) дети с АГ и нормальной массой тела, 2-я (25 человек) – дети с АГ и избыточной массой тела (ИМТ), 3-я (22 человека) – дети с АГ и ожирением. Установлено достоверное повышение ($p < 0,05$) уровня АпоЕ в сыворотке крови у 3,6% детей 1-й группы в сравнении с контролем и составило 3,40 (2,42 – 3,81) мг/дл, у 24% 2-й группы – 3,78 (3,52 – 4,59) мг/дл и у 18% детей 3-й группы – 3,48 (2,87 – 4,57) мг/дл. Выявлена положительная корреляционная связь между показателями АпоЕ и общего холестерина в сыворотке крови ($r_s = 0,2604$; $p < 0,05$). Также было отмечено, что 40% детей с повышенным уровнем АпоЕ имели стабильную, а 60% – лабильную АГ.

Заключение:

Уровень сывороточного АпоЕ у детей с АГ на фоне ИМТ и ожирения повышен по сравнению с контролем и коррелирует с изменением содержания общего холестерина, что может расцениваться как один из ранних признаков атеросклероза.

5.11. ШАНС РАЗВИТИЯ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Г. НОВОСИБИРСКА

МУСТАФИНА С. В., СИМОНОВА Г. И., МАЛЮТИНА С. К.,
ЩЕРБАКОВА Л. В., БОГАТЫРЕВ С. Н., ВЕРБИЦКАЯ Е. Ю.

ФГБУ «НИИ ТПМ» СО РАМН, ГБОУ ВПО
НГМУ МЗ РФ, г. НОВОСИБИРСК, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Оценить риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин с наличием отдельных компонентов метаболического синдрома (МС) в возрасте 45-69 лет г. Новосибирска.

Материал и методы:

В 2003-2006гг. было проведено эпидемиологическое обследо-

вание населения 45-69 лет г. Новосибирска, в рамках которого были определены компоненты МС по критериям NCEP ATP III, 2001. Вся выборка мужчин 45 – 69 лет – 4266 человек. Оценка смертности проводилась по данным собранным в регистре смертности до конца 2012 г. Обработка данных проводилась на 4175 человеках, миссинг – 91 респондент. Использовался унивариатный логистический регрессионный анализ для каждого компонента из кластера МС (NCEP ATP III, 2001), программа SPSS, 11.

Результаты:

Распространенность МС в мужской популяции г. Новосибирска составляет 22,1%. По полученным нами данным в выборке мужчин 45 – 69 лет г. Новосибирска смерть от ССЗ за 10 лет наблюдения составила 8,1% ($n=340$). Нами проведена оценка шанса смерти от ССЗ при наличии компонентов МС по возрастам. В возрастной группе 45 – 49 лет было показано значимое увеличение риска смерти от ССЗ при влиянии АГ $\geq 130/85$ мм рт.ст., (ОШ=1,4; 95% ДИ 1,0 – 1,1, $p < 0,05$); в группе 50 – 54 лет АГ (ОШ=3,5; 95% ДИ 1,2 – 10,1, $p < 0,05$), ХС-ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л, (ОШ=3,5, 95% ДИ 1,3 – 9,5, $p < 0,05$); в возрасте 55 – 59 лет АГ (ОШ=2,0, 95% ДИ 1,0 – 4,0, $p < 0,05$), глюкоза $\geq 6,1$ ммоль/л (ОШ=1,6, 95% ДИ 0,9 – 2,7, $p < 0,05$); 60 – 64 лет АГ (ОШ=1,7; 95% ДИ 0,8 – 3,5, $p = 0,134$), абдоминальное ожирение (АО) (ОТ > 102 см), (ОШ=1,6, 95% ДИ 0,9 – 2,8, $p < 0,05$); 65 – 69 лет АГ (ОШ=1,9, 95% ДИ 1,1 – 3,3, $p < 0,05$), глюкоза $\geq 6,1$ ммоль/л (ОШ=1,4, 95% ДИ 1,0 – 2,1, $p < 0,05$), триглицеридемия $> 1,7$ ммоль/л, (ОШ=1,7, 95% ДИ 1,1 – 2,4, $p < 0,05$) и АО (ОШ=1,5, 95% ДИ 1,0 – 2,1, $p < 0,05$).

Заключение:

Во всех возрастных группах значимо увеличен риск сердечно-сосудистой смертности при наличии такого компонента МС по критериям NCEP ATP III, 2001, как АГ $\geq 130/85$ мм рт.ст. С возрастом отмечается увеличение количества компонентов МС увеличивающих риск сердечно-сосудистой смертности достигая максимума в возрастной группе 65-69 лет.

6. ТРОМБОЗЫ И АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

6.1. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, КОТОРЫМ ПРОВОДИЛАСЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Юневич Д. С., Аксентьев С.Б., Денискина Л. В.,
Фокина О.В., Копылова Ю. М.

ГБУ РО "Областная клиническая больница",
ГБУ РО «ГКБ №10», г. Рязань, Россия

Введение (цели/задачи):

Сравнить эффективность и безопасность тромболитической терапии (ТЛТ) препаратом актилизе при остром коронарном синдроме с подъемом ST (ОКС) у мужчин и женщин разного возраста.

Материал и методы:

Обследованы 95 пациентов, поступившие в стационары г. Рязани с диагнозом ОКС, которым проводилась ТЛТ. Пациенты были разделены на 3 группы: группа А – моложе 60 лет, 34 чел. (28 муж. и 6 жен.), средний возраст $50,24 \pm 2,04$ лет; группа В – от 60 до 75 лет, 39 чел. (24 муж. и 15 жен.), средний возраст $68,64 \pm 1,44$ лет; группа С – 75 лет и старше, 22 чел. (9 муж. и 13 жен.), средний возраст $79,36 \pm 1,69$ лет. Все больные получали терапию ОКС в соответствии с Рекомендациями ВНОК (2009), разница в отдельных группах была недостоверна. Критериями эффективности были приняты 28-дневная летальность, купирование боли, наличие реперфузионных аритмий, снижение ST через 180 мин. после ТЛТ, формирование неQ инфаркта миокарда (ИМ), наличие открытой инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА) по данным коронароангиографии; критериями безопасности – развитие острой аневризмы миокарда, кровотечений, геморрагического (ГИ) и ишемического инсультов (ИИ), разрывов миокарда, гемотампонады сердца, рецидива ИМ.

Результаты:

Отмечалась тенденция к росту 28-дневной летальности по мере старения пациентов: 5,88%, 7,69% и 27,27% в группах А, В и С соответственно. Доля умерших женщин группы С составила 46,15%, что превышало летальность женщин в других группах и летальность мужчин группы С ($p < 0,05$). ТЛТ купировала боли у 87,5% пациентов группы А, 91,43% группы В и 63,64% группы С без четких гендерных различий. Частота открытия ИСКА снижалась: 93,33%, 80,0% и 75,0% в группах А, В и С ($p > 0,05$). У пациенток группы С доля реперфузии ИСКА 100% при частоте проведения КАГ 15,38% (в связи с высокой смертностью при ТЛТ?). В динамике снижения ST на 180 мин. ТЛТ не найдено четкой зависимости от возраста и пола. НеQ ИМ формировался в группе А в 5,88% случаев (за счет мужчин – 7,14%), в группах В и С неQ ИМ не было. Реперфузионные аритмии: желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) (27,27%, $p < 0,05$) и АВ-блокады (31,82%, $p < 0,01$) чаще были в группе С. Различия по ЖЭС среди мужчин и женщин группы С (55,56% и 7,69%) достоверны ($p < 0,01$). Различия по АВ-блокадам с $p < 0,01$ были и в изолированно мужской популяции. В группе С острая аневризма миокарда, ГИ и ИИ встречались в 9,09%

каждый, по 4,55% – кровотечение, разрывы и гемотампонады миокарда. Острая аневризма, кровотечения, ГИ и рецидивы ИМ в группе В были в 7,69%, 2,56%, 2,56% и 5,13% соответственно. В группе А отмечены только острые аневризмы в 2,94%. Чаще развивались осложнения ТЛТ у женщин группы С (53,85%) по сравнению с мужчинами и с женщинами групп А (0%) и В (20,0%) ($p < 0,05$).

Заключение:

Отмечен достоверный рост 28-дневной летальности пациентов с ОКС старческого возраста по сравнению с пожилым и средним возрастом при ТЛТ актилизе, который сохраняется и при гендерном анализе. В 75 лет и старше женская смертность при ТЛТ преобладает ($p < 0,05$). Выраженность анальгетического эффекта и частота открытия ИСКА по мере старения пациентов снижается. В качестве реперфузионных аритмий у больных старческого возраста чаще наблюдаются АВ-блокады и ЖЭС, что сохраняется и в мужской популяции. Частота развития нежелательных эффектов ТЛТ у лиц пожилого и старческого возраста повышается. При этом осложнения у женщин по отношению к мужчинам и женщинам более молодого возраста отмечены чаще.

6.2. КОНТРОЛЬ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Маслаков А. С., Шаталова О. В., Шаталов А. А.,
Горбатенко В. С.

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, НУЗ ОКБ
на ст. Волгоград-I ОАО "РЖД", г. Волгоград, Россия

Введение (цели/задачи):

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) является одной из важных проблем современного здравоохранения вследствие своей высокой распространенности (от 50 до 500 случаев заболевания на 100000 населения). Основу лечения ТГВНК составляет антикоагулянтная терапия с назначением парентеральных и пероральных антикоагулянтов. Общепринятым методом контроля терапии варфарином является определение международного нормализованного отношения (МНО) с достижением целевого значения 2,0–3,0, которое позволяет существенно снизить риск рецидива тромбоза и развития кровотечений. Цель: оценить степень достижения целевых значений МНО на фоне терапии варфарином у пациентов с ТГВНК.

Материал и методы:

Работа выполнена в дизайне одномоментного описательного фармакоэпидемиологического исследования. Материалом для исследования послужили истории болезни пациентов с ТГВНК, находившихся на лечении в стационарах Волгограда за период с 01.01.2012г по 31.12.2012г.

Результаты:

Проанализировано 200 историй болезни пациентов с ТГВНК, выбранных случайным образом. Гендерное распределение составило: 52,5% женщин и 47,5% мужчин. Средний возраст

60±13 лет (M±m). Среди пероральных антикоагулянтов применялся только варфарин, который был назначен в 75,5% случаев (151/200). У пациентов, получавших варфарин, МНО определялось в 97% (n=147), средняя кратность измерения на одного пациента составила 2,32 раза. Для достижения целевой гипокоагуляции необходима титрация дозы варфарина в зависимости от результатов МНО, однако в 79 % случаев (119/151) данные лабораторного контроля оставались без внимания, и лишь у 21% (32/151) пациентов доза препарата была скорректирована в большую, или меньшую сторону. Перед выпиской целевых значений МНО в диапазоне 2,0 – 3,0 достигли 28% пациентов, получавших варфарин (n=42). В 96% случаев для оценки гипокоагуляционного эффекта варфарина определялся протромбиновый индекс.

Заключение:

Варфарин назначался в 75,5% случаев. Мониторинг МНО осуществлялся подавляющему большинству пациентов с ТГВНК, однако коррекция дозы варфарина для достижения МНО в диапазоне 2,0-3,0 проводилась лишь в 21% случаев. В результате чего целевая гипокоагуляция достигнута лишь у 28% пациентов.

6.3. СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Низамова Л. Т., Разин В. А., Гимаев Р. Х.,
Сапожников А. Н., Шамеева О. В.

Ульяновский государственный университет,
г. Ульяновск, Россия

Введение (цели/задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — один из факторов повышенного риска протромботических осложнений. Несмотря на значительные успехи в ее лечении, уровень смертности от тяжелой ХСН превышает 60 % спустя 5 лет после постановки диагноза. Одной из частых причин смертности пациентов с ХСН являются тромбоэмболические осложнения. Цель. Изучение тромбоцитарного гемостаза у пациентов со сниженной систолической функцией.

Материал и методы:

Обследовано 64 пациента с хронической сердечной недостаточностью, в среднем возрасте 60,2±4,5 года. В зависимости от состояния систолической функции левого желудочка (ЛЖ) пациенты были разделены на 2 группы сопоставимых по полу и возрасту. В 1-ю группу вошли 40 пациентов с сохраненной систолической функцией ЛЖ, 2-ю группу составили 24 пациента со сниженной систолической функцией ЛЖ. Антиагрегантную терапию пациенты либо не принимали, либо принимали не регулярно. Агрегация тромбоцитов определялась на фотоэлектроколориметре КФК-2МП (Россия). Всем пациентам проводилось ЭХО-кардиография для оценки насосной функции ЛЖ.

Результаты:

В ходе исследования выявлено, что спонтанная агрегация тромбоцитов в группе 1 составила 1,94±0,36, в группе 2 – 2,78±0,45 (p<0,0001). Агрегация тромбоцитов индуцированная 1 мкМ АДФ в группе 1 – 34,2±15,1%, в группе 2 – 51,0±17,2% (p=0,0001). Агрегация тромбоцитов индуцированная 5 мкМ АДФ в группе 1 – 32,5±18,2%, в группе 2 – 52,6±16,6% (p<0,0001).

Заключение:

Таким образом, у пациентов с ХСН со сниженной систолической функцией, без постоянной антиагрегантной терапии, отмечается повышение способности тромбоцитов к агрегации.

7. ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

7.1. ВЛИЯНИЕ БИСПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК) и желудочковыми нарушениями ритма сердца (ЖНРС) на фоне терапии биспрололом и лизиноприлом.

Материал и методы:

В исследовании участвовало 17 пациентов с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и ЖНРС (I-IV градаций по V.Low; II-III групп по J.Bigger) на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни: 9 мужчин и 8 женщин, возраст $50,2 \pm 7,1$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии биспрололом в дозе $5,5 \pm 1,3$ мг/сутки и лизиноприлом в дозе $11,5 \pm 4,7$ 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 6,3%; $p < 0,01$), скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на 10,3%; $p < 0,01$), отношение VE к скорости трансмитрального диастолического потока A (VA) (VE/VA) (на 16,3%; $p < 0,01$); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 3,6%; $p < 0,01$), толщина задней стенки ЛЖ (на 5,1%; $p < 0,05$) и МЖП (на 3,6%; $p < 0,01$), передне-задний диаметр левого предсердия (на 2,7%; $p < 0,01$), VA (на 4,9%; $p < 0,01$), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 9,3%; $p < 0,05$); не изменялось время замедления трансмитрального диастолического потока E (DTE).

Заключение:

Указанная динамика отражает улучшение структурного и функционального состояния сердца пациентов с ХСН I-II ФК и ЖНРС.

7.2. ВЛИЯНИЕ БИСПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Шубитидзе И. З., Трегубов В. Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить динамику показателей тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК) и желудочковыми нарушениями ритма сердца (ЖНРС) на фоне терапии биспрололом и лизиноприлом.

Материал и методы:

В исследовании участвовало 17 пациентов с ХСН и сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) и ЖНРС (I-IV градаций по V.Low; II-III групп по J.Bigger) на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни: 9 мужчин и 8 женщин, возраст $50,2 \pm 7,1$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии биспрололом в дозе $5,5 \pm 1,3$ мг/сутки и лизиноприлом в дозе $11,5 \pm 4,7$ мг/сутки проводились тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R.Bruse 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 10,1%; $p < 0,01$), не изменялось двойное произведение; увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на 18,2%; $p < 0,01$).

Заключение:

У пациентов с ХСН I-II ФК и ЖНРС повышалась толерантность к физической нагрузке; ХСН не регистрировалась в 11% случаев, у 19% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

7.3. ВЛИЯНИЕ РАЗНОГО УРОВНЯ ПРИВЫЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ЭКГ СТУДЕНТОВ

Гомова Т. А., Веневцева Ю. Л., Старостина Ю. М.,
Антоненко С. В.

ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница",
Тульский государственный университет, г. Тула, Россия

Введение (цели/задачи):

Появившиеся данные о большей частоте фибрилляции предсердий у бывших спортсменов, развивавших качество выносливости, а также снижающаяся ежедневная двигательная активность (ДА) у молодежи делает актуальным сравнение особенностей ритма и проводимости у лиц молодого возраста.

Материал и методы:

Проанализированы данные ЭКГ 65 студентов-медиков (М) 2 курса (41 девушка, 23 юноши) и 20 студентов (15 юношей, 5 девушек), обучавшихся на 1-2 курсе специальности «Физическая культура и спорт».

Результаты:

Как и следовало ожидать, ЧСС у спортсменов (Сп) была до-

стоверно ниже, как у юношей ($64,1 \pm 2,3$ и $77,6 \pm 2,6$ уд/мин), так и у девушек-М ($63,2 \pm 3,8$ и $74,3 \pm 1,6$ уд/мин). Если у Сп не было выявлено нарушений процесса реполяризации, указывающих на симпатикотонию, то у юношей-М это отмечено в 8,7%, а у девушек – в 19,5% случаев. СРРЖ, отражающий повышенную асинхронность электрофизиологических процессов в миокарде, наблюдался у 2,4% девушек-М, 4,3% юношей-М, а также у 6,7% Сп. Обращает на себя внимание относительно частое выявление феномена WPW (4,3% юношей-М), CLC (в 4,8% только у М) и АВ-блокады 1 ст. (у 4,8% девушек-М и 13,3% юношей-Сп). Частичная блокада правой ножки п.Гиса отмечена у 17,4% юношей-М, 26,8% девушек-М и у 46,6% юношей-Сп. У 6,7% Сп и у 2,4% девушек-М выявлена миграция суправентрикулярного водителя ритма в дневное время как признак вегетативной дисфункции. Проведенная у части обследованных ЭхоКГ подтвердила связь особенностей ЭКГ с кинетикой клапанного аппарата, размерами камер и скоростями внутрисердечных потоков, а ХМ ЭКГ – взаимосвязи ВСР, определенные из суточной совокупности, особенно по данным данных спектрального анализа, с особенностями ритма и проводимости рутинной ЭКГ.

Заключение:

Заключение. Хотя ограничением исследования является малочисленность выборки, можно видеть тенденцию к увеличению феноменов WPW и CLC у юношей-М, а также АВ-блокады 1 ст. и миграции водителя ритма у юношей-Сп и девушек с низкой ДА. Поведенческая коррекция вегетативного статуса необходима для сохранения здоровья молодежи.

7.4. ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД НАРАСТАНИЯ БОЛЬШЕ ПЕРИОДА СНИЖЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ ПРИ ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н. А.

КГМУ

Введение (цели/задачи):

Изучить временные параметры электрического поля сердца при переднебоковом (ПБ) инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Материал и методы:

ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) и у 147 больных с ИМ в том числе при ПБ ИМ (15 чел.).

Результаты:

У КГ и ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Максимум (тах) по электропозитивности (ЭП) ф. период нарастания (ПН)>периода снижения(ПС) равен $2,70 \pm 0,29$ в точке (т.) V-10. Соотношение ПН к ПС равно $1,23 \pm 0,16$ (тах). Помимо этого эта фаза локализуется справа внизу спереди и сзади. Минимумы (min) по ЭП ф. ПН>ПС находятся в точках V-9 и II-10. Соотношение ПН и ПС составляет $1,12 \pm 0,27$ и $1,16 \pm 0,17$. Общая продолжительность (пр.) зубца (з.) R на передней поверхности грудной клетки (ГК) увеличивается в направлении сверху вниз, справа налево от min к тах. Мах для ПН ф. ПН>ПС совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. V-10 ($1,40 \pm 0,16$). Мах для ПС ф. ПН>ПС тоже совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-10 ($1,30 \pm 0,17$). Следовательно, тах для ПН и тах для ПС фазы ПН>ПС совпадают. Особенности РВВ при переднем ИМ: нарушение последовательности обычной смены ф. по передней поверхности ГК по ЭП (более

выраженное, чем при переднем ИМ) – появление ф. ПН<ПС в зоне ИМ на усредненных топограммах, ф. ПН>ПС начинается только от 3 линии и, исключая зону в справа внизу по V-VI УР, доходит до 8-9 линии, что свидетельствует о значительном извращении РВВ миокарда левого желудочка по сравнению с КГ. При РВВ по ЭП его основные направления огибают зону поражения. Отмечается неравномерность нарастания пр. Это связано с наличием в группе больных с наличием или отсутствием маленького з. г в V1. При РВВ по ЭП его основные направления как бы огибают зону поражения или минимально отражаются. Про-должительность з. г в зоне поражения не превышает $0,0167^2$.

Заключение:

Выделены локализации тах и min ф. ПН>ПС по ЭП, главные направления возрастания з. по ф. ПН>ПС от min к тах и, наоборот. По з. R характерна непоследовательность смены ф.

7.5. ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКТГ: ПЕРИОД НАРАСТАНИЯ МЕНЬШЕ ПЕРИОДА СНИЖЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ ПРИ ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н. А.

КГМУ

Введение (цели/задачи):

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

Материал и методы:

ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) и у 147 больных с ИМ, в том числе при переднебоковом (ПБ) ИМ (15 чел.).

Результаты:

У КГ и ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Максимум (тах) по электропозитивности (ЭП) ф. период нарастания(ПН)<периода снижения(ПС) равен $4,90 \pm 0,31$ в точке (т.) VI-14. При этом соотношение ПН и ПС равно $0,68 \pm 0,07$. Min соотношения этой ф. находится в т. II-13 ($0,52 \pm 0,06$). Мах продолжительности (пр.) и тах соотношения не совпадают. Мах по зубцу (з.) R равен $6,50 \pm 0,31$. Мах на усредненной топограмме (недостаточно) и общий тах пр. по ЭП ($p < 0,02$, $p < 0,05$) выше, чем у КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца и недостаточно меньше, чем при переднем ИМ. Мах соотношения ф. ПН<ПС находятся по 12 линии и 1 линии, примыкая к ф. ПН=ПС. При РВВ справа налево соотношение ПН и ПС ф. ПН<ПС достигает min в т. II-13 ($0,35 \pm 0,19$) и начинает увеличиваться по задней правой поверхности грудной клетки (ГК), достигая к 18 линии до $0,80$ в т. IV-17. Общая пр. з. R на задней поверхности ГК достигает абсолютного тах (т. VI-14) и начинает уменьшаться по направлению к т. I-17. Мах для ПН ф. ПН<ПС совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-14 ($1,90 \pm 0,16$). Мах для ПС ф. ПН<ПС совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-13 ($3,10 \pm 0,31$).

Заключение:

Выделены локализации тах и min ф. ПН<ПС по ЭП, главные направления возрастания з. по ф. ПН<ПС от min к тах и, наоборот. Мах для ПН и ПС ф. ПН<ПС совпадает с тах пр. з. этой же ф.

7.6. ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ БОЛЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

АНДРЕИЧЕВ Н. А.

КГМУ

Введение (цели/задачи):

Изучить временные параметры электрического поля сердца при переднебоковом (ПБ) инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Материал и методы:

ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) и у 147 больных с ИМ, в том числе при ПБ ИМ (15 чел.).

Результаты:

У КГ и ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Максимум (тах) по электронегативности (ЭН) - зубец (з.) Q ф. период снижения (ПС)>периода подъема (ПП) в точке (т.) III -12 ($1,73 \pm 0,36$). Со-отношение (с.) ПС>ПП - $1,23 \pm 0,26$ и тах продолжительности (пр.) и соотношения совпадают. Ф. ПС>ПП практически отсутствует по задней поверхности грудной клетки (ЗПГК) в зоне qг, что указывает на значительное извращение РВВ. Снижается тах пр. на усредненных топограммах (УТ) ($p < 0,01$, $p < 0,001$) при сравнении с КГ. ЗПГК у КГ, представляющая по ЭН ф. ПС>ПП на УТ при ПБ ИМ представлена различными ф. - в основном ПС<ПП и ПС=ПП. Слева сверху находятся единичные т. ф. ПС<ПП, а вокруг реципрокной зоны по ЭН появляется ф. ПС<ПП, что свидетельствует о нарушении возбуждения задней части межжелудочковой перегородки более грубо, чем при переднем ИМ. На индивидуальных топограммах эти изменения не достигают такой наглядности в связи с более четкими границами смены зон. При РВВ справа налево соотношение ПС и ПП по ЗПГК ПС>ПП достигает тах в т. III-12 и затем уменьшается по ЗПГК по направлению к нулевой зоне (НЗ) (через т. V-14). Значения соотношений около НЗ 0,50. Общая пр. з. Q на ЗПГК увеличивается к тах (т. I-13) и уменьшается по правой ЗПГК по направлению к НЗ и т. I-18. Мах для ПС ф. ПС>ПП совпадает с тах пр. этой же ф. и находится в т. III-12 ($1,13 \pm 0,26$). Мах для ПП ф. ПС>ПП не совпадает с тах пр. этой же ф. и находится в т. II-13 ($0,68 \pm 0,16$).

Заключение:

Выделены локализации тах и min ф. ПС>ПП по ЭН, главные направления возрастания з. по ф. ПС>ПП от min к тах и, наоборот. Площадь ф. ПС>ПП резко уменьшается, появляется непоследовательность смены ф.

7.7. ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ МЕНЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

АНДРЕИЧЕВ Н. А.

КГМУ

Введение (цели/задачи):

Изучить временные параметры электрического поля сердца при переднебоковом (ПБ) инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Материал и методы:

ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) и у 147

больных с ИМ, в том числе при ПБ ИМ (15 чел.).

Результаты:

У КГ и ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Максимум (тах) по электронегативности (ЭН) ф. период снижения (ПС)<периода подъема (ПП) - зубец (з.) S равен $4,50 \pm 1,01$ в точке (т.) V-8 и по продолжительности (пр.) он меньше, чем в КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца. Соотношение ПС и ПП равно $0,63 \pm 0,17$. Минимум (min) соотношения этой ф. расположен в т. I-9 ($0,24 \pm 0,07$). Мах продолжительности и min соотношения не совпадают. Максимальный охват возбуждения в левом желудочке (ЛЖ) по ЭН проецируется на зону QS и тах з. QS отражает на передней поверхности грудной клетки по ЭН максимальную пр. возбуждения в ЛЖ. Мах по з. S равен $7,03 \pm 0,37$ и достоверно отличается по пр. от КГ с нормальным положением электрической оси сердца, а по з. QS - $7,67 \pm 0,62$ и достоверно отличается по пр. от КГ. В т. III-8 - добавочный тах пр. ($4,30 \pm 1,00$). Пр. з. S и QS отличается при переднем ПБ ИМ ($p < 0,05$), что связано с отличающейся проекцией тах в группе с ПБ ИМ. Min по ЭН ф. ПС<ПП находятся по 9 и 18 линии. При РВВ справа налево пр. з. S увеличивается от т. I-2 по направлению к тах и уменьшается к т. I-10 и VI-10, справа и слева примыкая к ф. ПС=ПП. Мах для ПС ф. ПС<ПП совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-8 ($2,20 \pm 0,53$). Мах для ПП ф. ПС<ПП не совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-8 ($2,63 \pm 0,64$). Проекция тах пр. по ЭН резко смещена относительно тах группы с передним ИМ.

Заключение:

Выделены локализации тах и min ф. ПС<ПП по ЭН, главные направления возрастания з. по ф. ПС<ПП от min к тах и, наоборот.

7.8. ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРЕХОДЯЩЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСТАНОВЛЕННОЙ ИБС В АНАМНЕЗЕ

Литвиненко Р. И., Шуленин С. Н., Куликов А. Н.

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

Введение (цели/задачи):

Установить информативность различных методов диагностики преходящей ишемии миокарда в зависимости наличия уже установленной ИБС в анамнезе.

Материал и методы:

В исследование было включено 45 человек. Критерием доказанности ИБС служило наличие у пациента перенесенного инфаркта миокарда или проведенной реваскуляризации коронарного русла. В зависимости от наличия уже установленной в анамнезе ИБС пациенты были разделены на 2 группы. Группу пациентов с ИБС в анамнезе вошли 20 обследуемых, без ИБС в анамнезе – 25 обследуемых. Всем обследуемым выполнено суточное ЭКГ-мониторирование, ЭКГ с физической нагрузкой на тредмиле, стресс-эхокардиография с физической нагрузкой и однофотонная компьютерная томография миокарда с фармакологической нагрузкой аденозином (ОФЭКТ с фармакологической нагрузкой). Данные сравнивались с коронарографией.

Результаты:

Для пациентов без ИБС в анамнезе чувствительность и спец-

и специфичность суточного ЭКГ-мониторирования составила 71,43 % и 83,33 % соответственно, ОФЭКТ с фармакологической нагрузкой продемонстрировала такие же результаты. Для ЭКГ с физической нагрузкой чувствительность составила 42,86 %, а специфичность 72,22 %. Стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой имела чувствительность 71,43 % и специфичность 88,89 %. Для пациентов с установленной ИБС в анамнезе чувствительность и специфичность суточного ЭКГ-мониторирования составила 20 % и 88,89 % соответственно. Для ЭКГ с физической нагрузкой чувствительность составила 54,55 %, а специфичность 77,78 %. Стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой имела чувствительность 81,82 % и специфичность 77,78 %. Для ОФЭКТ с фармакологической нагрузкой чувствительность составила 72,73 %, специфичность – 11,11 %.

Заключение:

Информативность различных методик диагностики преходящей ишемии миокарда зависит от наличия или отсутствия установленной ИБС в анамнезе.

7.9. ИНФОРМАТИВНОСТЬ СТРЕСС-МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Литвиненко Р. И., Куликов А. Н., Шуленин С. Н.

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

Введение (цели/задачи):

Сравнить ценность различных стресс-методов для диагностики безболевой ишемии миокарда. Диагноз установлен на основании отсутствия жалоб на типичные стенокардитические боли, наличия гемодинамически значимых стенозов по данным коронарографии.

Материал и методы:

Были проанализированы истории болезней 52 пациентов (24 женщин и 28 мужчин) с диагнозом безболевая ишемия миокарда в возрасте $61,8 \pm 7,1$ лет. Пациентам выполняли регистрацию ЭКГ в покое, ЭКГ при нагрузке, стресс-эхокардиографию, сцинтиграфию миокарда с аденозином. У наблюдаемых пациентов оценивалась информативность стресс-методик.

Результаты:

ЭКГ в покое была нормальной у 32,4% (20 пациентов) с безболевой ишемией миокарда. ЭКГ с нагрузкой была положительной у 65,3% (34 пациента). Стресс-эхокардиография с использованием ВЭМ или тредмила оказалась положительной у 94,2% (49 пациентов) больных, сцинтиграфия миокарда с нагрузкой была положительной у 84,6% (44 пациента) больных.

Заключение:

Для данной формы ишемической болезни сердца стресс-эхокардиография показала себя наиболее информативным исследованием. Таким образом, при подозрении у пациентов на безболевую ишемию миокарда с учетом информативности, стоимости обследования целесообразно выполнять данную стресс-методику.

7.10. ИНФОРМАТИВНОСТЬ СТРЕСС-МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА X

Литвиненко Р. И., Шуленин С. Н., Куликов А. Н.

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

Введение (цели/задачи):

Сравнить ценность различных стресс-методов для диагностики кардиального синдрома X. Диагноз установлен на основании жалоб на типичные стенокардитические боли при отсутствии гемодинамически значимых стенозов по данным коронарографии и выраженной системной гипертензии с выраженной гипертрофией левого желудочка.

Материал и методы:

Нами было проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 пациентов (12 женщин и 14 мужчин) с диагнозом кардиальный синдром X в возрасте $65,8 \pm 6,4$ (от 58 до 70) лет. Пациентам выполняли регистрацию ЭКГ в покое, ЭКГ при дозированной нагрузке, стресс-эхокардиографию, сцинтиграфию миокарда с аденозином. Оценивалась информативность методик для данной группы пациентов.

Результаты:

ЭКГ в покое была нормальной у 84,6% (22 пациента) больных с кардиальным синдромом X. ЭКГ с нагрузкой была положительной у 61,5% (16 пациентов). Стресс-ЭхоКГ с использованием ВЭМ или тредмила оказалась положительной у 76,9% (20 пациентов) больных, сцинтиграфия миокарда с нагрузкой была положительной у 100% (26 пациентов) больных.

Заключение:

Для данного вида ишемической болезни сердца наиболее чувствительным исследованием оказалась сцинтиграфия миокарда с нагрузкой. Исходя из ишемического каскада, именно эта методика наиболее полно отражает нарушения перфузии миокарда при отсутствии гемодинамически значимых стенозов.

7.11. «НОВЫЕ» БИОМАРКЕРЫ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ЛУЧШЕ «КЛАССИЧЕСКИХ» В ДИАГНОСТИКЕ РЕНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ?

Морозов Ю. А., Чарная М. А.

ФГБУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН,
г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить клиническую значимость определения цистатина С и нейтрофильного желатиназо-ассоциированного липокалина (НЖАЛ) для диагностики почечных нарушений у кардиохирургических больных.

Материал и методы:

В крови и моче 60 пациентов до, в конце и на 1 сутки после операции исследовали уровень нейтрофильного желатиназо-ассоциированного липокалина (НЖАЛ), цистатина С (Ц), мочевины и креатинина (К) с расчетом фракциональной экскреции мочевины (ФЭМ) и скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин) по Ц и К. Почечной дисфункцией (ПД) считали снижение СКФ-К $\geq 30\%$ и СКФ-Ц $\geq 10\%$ от дооперационных значений.

Результаты:

У больных с сердечной недостаточностью выявлен значимо больший уровень плазменного цистатина С – $1,329 \pm 0,002$ мг/л против $0,997 \pm 0,001$ мг/л при нормальной функции сердца. При ПД СКФ-К составила $67,0 \pm 9,4$, СКФ-Ц – $100,3 \pm 3,9$ мл/мин, в отсутствии: $88,7 \pm 15,9$ и $113,3 \pm 10,4$ мл/мин, соответственно. При корреляционном анализе получены следующие взаимоотношения между СКФ-К и СКФ-Ц: $r=0,22$, $p=0,03$; при исходной гипофильтрации $r=0,53$, нормофильтрации –

$r=0,31$, гиперфилтрации – $r=0,22$. При дооперационной гипофилтрации СКФ-К/СКФ-Ц был $0,69\pm0,20$, нормофилтрации – $1,03\pm0,03$, гиперфилтрации – $1,54\pm0,25$. Изменения как НЖАЛ, так и ФЭМ носили однонаправленный характер: значительное повышение в конце операции (на 139,9 и 120,8% по отношению к исходным значениям для НЖАЛ и ФЭМ соответственно) и снижение на 1 сутки, причем снижение ФЭМ было более выраженным (-3,7% по отношению к исходным данным), чем НЖАЛ (+23,9% по отношению к дооперационным величинам).

Заключение:

Плазменный уровень цистатина С в большей мере отражает степень нарушения кровообращения. Показатель СКФ-К/СКФ-Ц в послеоперационном периоде является более точным параметром оценки ренальной функции. В диагностике канальцевых повреждений преимуществ НЖАЛ по сравнению с ФЭМ нет. Однако одновременное определение НЖАЛ в крови и моче помогает дифференцировать дистальную или проксимальную тубулопатию.

7.12. ОБЩИЙ БЕЛОК/КРЕАТИНИН В МОЧЕ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Морозов Ю. А., Гончарова А. В., Исаева А. М., Никитюк Т. Г.

ФГБУ РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить популяционные особенности мочевого соотношения общий белок/креатинин у больных кардиологического стационара.

Материал и методы:

Обследовано 150 кардиологических пациентов. В моче определяли концентрацию общего белка (г/л) и креатинина (г/л). Автоматически рассчитывали соотношение концентрации общего белка к концентрации креатинина (ОБК) и приведенное значение данного показателя.

Результаты:

Не выявлено половых различий в соотношении ОБК, хотя для женщин были характерны более низкие значения концентраций общего белка и креатинина в моче. ОБК мочи линейно увеличивается с возрастом в соответствии с уравнением $y = 0,4071x + 0,405$, $r^2 = 0,9107$. ОБК в моче и приведенное значение этого соотношения были значимо выше при наличии сахарного диабета 2 типа и у пациентов, перенесших инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения. При исходной гиперфилтрации выявлены повышенные значения ОБК, сопоставимые с таковыми у больных со сниженной функцией почек. Утяжеление функционального класса стенокардии не влияло на уровень общего белка в моче, но сопровождалось практически трехкратным нарастанием концентрации креатинина в моче. Для пациентов с нестабильной или прогрессирующей стенокардией были характерны наиболее высокие показатели ОБК и его приведенного значения. Фракция выброса левого желудочка сердца менее 45% ассоциировалась с более высокими значениями концентраций общего белка и креатинина в моче по сравнению с фракцией выброса более 45% на фоне отсутствия отличий по расчетным показателям. Гипертрофия миокарда левого желудочка сопровождалась более высокими показателями ОБК.

Заключение:

Определение мочевого соотношения «общий белок/креатинин» является высокоинформативным показателем, более точно отражающим состояние клубочкового и тубулярного аппаратов почек по сравнению с изолированной микроальбуминурией и концентрацией креатинина в моче.

7.13. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ГОДИЧНЫМ ПРОГНОЗОМ

Никишин А. Г., Абдуллаева С. Я., Хасанов М. С., Якубеков Н. Т., Пирназаров М. М.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Выявить эхокардиографические предикторы неблагоприятного прогноза у больных первичным ОИМ на фоне сахарного диабета, получающих стандартную терапию.

Материал и методы:

В исследование включено 79 больных с первичным ОИМ, с неблагоприятным исходом (смерть, реинфаркт, нарастания функционального класса хронической сердечной недостаточности) в течение года, в том числе с СД 2 типа (1 группа): 37 больных и без СД 2 типа (2 группа): 42 больных. Всем больным проводилось при выписке и через 12 месяцев эхокардиографическое исследование по стандартному протоколу.

Результаты:

Исходные показатели в группах достоверно не различались, однако через месяц показатели конечного-диастолического объема (КДО) ($187,3\pm24,6$ против $157,1\pm25,8$ мл), фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ($41,2\pm5,4\%$ против $57,98\pm7,45\%$), давление в легочной артерии (ДЛА) ($21,2\pm0,001$ мм.рт.ст против $16,5\pm2,75$ мм.рт.ст), а также размеры левого предсердия ЛП ($39,6\pm2,6$ против $33,9\pm3,26$ мм) были достоверно хуже в группе ОИМ с СД по сравнению с группой ОИМ без СД. Через 12 месяцев у выживших больных параметры ЛП ($38,1\pm1,7$ против $33,5\pm0,5$ мм), ФВЛЖ ($49,7\pm6,9\%$ против $58,5\pm8,5\%$), ДЛА ($15\pm0,001$ мм.рт.ст против $17\pm2,66$ мм.рт.ст) сохранили свое значение в качестве значимых различий между первой и второй группами.

Заключение:

Показана предикторная роль у больных с ОИМ на фоне сахарного диабета таких показателей как размер левого предсердия, размер правого желудочка, фракция выброса левого желудочка и среднее давление в легочной артерии.

7.14. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА ПЛОДА В СРАВНЕНИИ С ДАННЫМИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Краснова Л. А., Байбарина Е. Н., Бокерия Е. Л.

ФГБУ НЦАГиП им. В.И. Кулакова Минздрава РФ, ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

До настоящего времени остается сложной диагностика и ле-

чение ВПС в перинатальном периоде, несмотря на значительные успехи в этой области. Акцент в первичном звене диагностики делается на выявление ВПС в антенатальном периоде. Некритические виды пороков сердца не требуют проведения экстренных мероприятий после рождения ребенка. Но самыми опасными в раннем возрасте оказываются критические формы ВПС, декомпенсация при которых развивается стремительно и может определять результат оказываемой помощи. Однако существует целый ряд проблем в этой области, требующих дальнейшего решения. ЦЕЛЬ работы: Провести анализ случаев пренатальной диагностики пороков сердца у плода.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ 175 случаев выявления пороков сердца в перинатальном периоде. Первичная диагностика – антенатальный скрининг осуществлялась по месту жительства. Для подтверждения диагноза беременные направлялись в НЦАГиП или перинатальный Центр НЦССХ, 9 беременных поступили из регионов для родоразрешения с выставленным по месту жительства диагнозом, не верифицированным в НЦССХ и НЦАГиП. Родоразрешение женщин осуществлялось в НЦАГиП, 2 ребенка – в родильном доме № 25 ДЗМ. Из всех случаев ante- и постнатальной диагностики исключены дети, с выявленными небольшими мышечными ДМЖП (до 5 мм), малыми аномалиями развития сердца. Также в группу не вошли дети с нарушениями ритма на фоне нормальной анатомии сердца.

Результаты:

В проведенном исследовании было установлено, что в 1 триместре при проведении скринингового исследования пороков сердца у плодов не выявлено, во 2 триместре – 87 (49,7%) случаев, 3 триместр – 88 (50,3%) случаев. Из 175 случаев верифицирован топический диагноз врожденного порока сердца у плода в 81,8% случаев. В 45 (25,7%) случаях выявлены ошибки антенатальной диагностики. Из них: в 10 случаях (21,7%) порок сердца у плода не диагностирован, два из которых – критическая форма порока сердца. Диагноз критического порока сердца выставлен у 16 плодов (34,7%), не подтвержден в 9 случаях (20%), 6 (13,3%) – морфологически не соответствовали первоначальному диагнозу, 1 (2,2%) не подтвержден как ВПС после рождения. Из предполагаемых 19 (42,2%) некротических пороков сердца – в 13 (28,8%) случаях порок сердца был критическим, в 5 случаях (11,1%) тип некротического порока не соответствовал постнатальному варианту, в 1 случаев ВПС был не подтвержден постнатально. При анализе основных ошибок было выявлено, что в 16 (35,5%) случаях ошибки связаны с неправильной трактовкой состояния дуги аорты: – в 4 случаях (8,8%) гипердиагностика коарктации аорты и перерыва дуги аорты – в 12 случаях – нераспознанные коарктация аорты или ее перерыва (26,6%), чаще в составе сложных комбинированных ВПС.

Заключение:

1. Анализ сроков антенатального выявления порока сердца у плода убедительно свидетельствует о недостаточном качестве диагностики в 1 триместре, что требует необходимости усовершенствовать ультразвуковую диагностику в раннем антенатальном периоде. 2. Ошибки в случаях невыявленных пороков сердца связаны с недостаточной детализацией описания сердца в антенатальном протоколе ультразвукового скрининга, несоблюдением этапов и визуализации отдельных показателей – в динамике. 3. Основные ошибки в выявлении критических пороков сердца связаны с описанием дуги аор-

ты, чаще в составе комбинированных сложных ВПС, что является показанием к модификации протокола антенатального ультразвукового обследования плода с обязательным описанием анатомии аорты (клапана, дуги, перешейка).

7.15. О ШКАЛЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЩНОСТИ В ТЕСТЕ С ГАЗОВЫМ АНАЛИЗОМ

Солдатенко М. В., Соколов А. А.

ФГБУ "НИИ кардиологии", Томск, Россия

Введение (цели/задачи):

Активное распространение метода нагрузочного тестирования с газоанализом акцентирует некоторые недостаточно изученные моменты в его использовании. Так, не разработаны четкие критерии протокола выполняемой нагрузки, который позволяет наиболее полно и однозначно характеризовать получаемые данные. Достигнут консенсус в определении оптимальной продолжительности нагрузки, которая должна быть подобрана с таким расчетом, чтобы совпали по времени утомление пациента и момент достижения субмаксимальной нагрузки. Большинство исследователей этот временной период определен 8-12 минут, идеально 10 минут. При выполнении упражнения продолжительнее указанного времени, возникает утомление, что ведет к отказу от продолжения. Напротив, в случае выбора интенсивного нагрузочного протокола, при очень быстром достижении субмаксимального предела пациент не успевает продемонстрировать свои функциональные возможности в полной мере. Оба варианта приводят к недооценке функциональных возможностей пациента, отсутствию линейной взаимосвязи между выполненной работой и показателями транспорта кислорода. Вместе с тем существуют различные, зачастую полярные мнения об уровне начальной нагрузки и продолжительности каждой ступени.

Материал и методы:

Изучили 11 пациентов в возрасте от 25 до 61 года, из которых 2 были здоровыми, 8 страдали ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом, 1 – дилатационной кардиомиопатией. Всем пациентам на основании предварительно оцененной индивидуальной субмаксимальной нагрузки, рассчитывали протокол прирастания усилия из расчета, чтобы они достигали своих пределов на 10-11 минуте исследования. Первый протокол включал продолжительность каждой ступени нагрузки 3 минуты, второй – 1 минуту, третий – непрерывно-нарастающий. При выполнении плавно-градиентного протокола пациент педалировал около одной минуты до включения нагрузки. У всех пациентов последовательность выполнения протоколов выбиралась случайным образом для исключения влияния тренировочного эффекта с интервалами 1-5 дней между исследованиями.

Результаты:

Все 11 пациентов показали наибольшую величину пикового потребления кислорода в случае выполнения непрерывного нагрузочного протокола с плавным линейным нарастанием показателей. Потребление кислорода составило 15,4, 15,8 и 17,1 мл/мин*кг соответственно при выполнении первого, второго и третьего нагрузочного протоколов. При сравнении результатов выполнения первого и второго нагрузочного протокола, только у одного пациента (здоровый) потребление кислорода было несколько выше в случае большего времени ступени (29,5 и 28,1 мл/мин*кг соответственно).

Заключение:

Таким образом, оптимальный протокол кардиопульмонального тестирования должен быть минимально дискретным и состоять из малых по продолжительности ступеней нагрузки, вплоть до непрерывно-возрастающего. Такой характер нагрузки ведет к плавно-градиентному, сглаженному характеру изменений интересующих показателей, сводит к минимальным значениям количество высказывающихся, скачкообразных цифр потребления кислорода и др. переменных, что обеспечивается быстрым возвращением функциональных систем исследуемого организма пациента к устойчивому состоянию равновесия при небольших моментальных приростах нагрузки. А это в свою очередь, позволяет получить не только адекватные показатели в конкретный момент времени, но и точную объективную характеристику затрачиваемых усилий (достижение анаэробного порога, состояние респираторного обмена).

7.16. ПОЗИТРОННАЯ ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ЗВЕРЕВА В. В., КОВАЛЕВ Ю. Р., СИЗОВ А. В., ФАДЕЕВ Н. П.

СПб ГУЗ "ГМПБ №2",
СПб ГПМУ КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ, РНЦХРТ,
ОТДЕЛ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ, г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

В настоящее время проблема сочетанного течения ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) приобретает исключительную актуальность. Данные литературы свидетельствуют о высокой частоте сочетания ИБС и ХОБЛ, которые взаимно отягощают друг друга, ухудшают не только качество жизни, но и прогноз. Предполагается, что системное воспаление является одним из вариантов взаимного отягощения при сочетанном течении ИБС и ХОБЛ. Так, усиление локального воспаления в легких оказывает системное воздействие и способствует как прогрессированию ХОБЛ, так и развитию атеросклероза и ИБС. С целью оценки активности воспалительного процесса в легких и интенсивности использования дыхательных мышц используется позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) с 18-фтордезоксиглюкозой (ФДГ). Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов ПЭТ с ФДГ у больных с ХОБЛ и пациентов с сочетанным течением ИБС и ХОБЛ.

Материал и методы:

В исследование войдут две группы пациентов: первая – больные с ХОБЛ, не страдающие ИБС, вторая – больные с сочетанием ИБС и ХОБЛ. Планируется выполнить ПЭТ с ФДГ у обследуемых пациентов с последующим сравнением полученных результатов в группах больных.

Результаты:

Исследование позволит выявить активность воспалительного процесса в легких и интенсивность использования дыхательных мышц в обследуемых группах пациентов.

Заключение:

Можно предположить, что у пациентов с сочетанным течением ИБС и ХОБЛ активность воспалительного процесса в легких, а также интенсивность использования дыхательных мышц будут более высокими, по сравнению с группой боль-

ных страдающих ХОБЛ.

7.17. СВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ДРАПКИНА О. М., КАБУРОВА А. Н.

ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М. СЕЧЕНОВА, г. МОСКВА, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Жесткость артерий, определяемая с помощью неинвазивных методов, может служить маркером нарушенной диастолической функции. Имеются сведения, что увеличение постнагрузки на ЛЖ вследствие низкой эластичности артерий имеет значение в развитии диастолической ХСН (ДХСН). Цель исследования – оценить вклад повышенной артериальной жесткости в развитие ДХСН у пациентов с АГ высокого риска. Задача – проанализировать связь между данными контурного анализа пульсовой волны и показателями ЭХОКГ.

Материал и методы:

В исследование включались 52 больных (средний возраст 63 ± 10 лет) с АГ высокого риска (риск по SCORE > 5 %) и ДХСН. Проводился контурный анализ пульсовой волны (АнгиоСкан-01, Фитон) с определением показателей: индекс жесткости крупных проводящих артерий (SI), индекс отражения (RI), индекс аугментации (AIx), индекс аугментации, нормализованный для ЧП = 75 (AIx75). Далее определялись показатели ЭХОКГ: Е/А, пик А, МЖП, масса ЛЖ, КДР ЛЖ, КДО ЛЖ, размеры ЛП.

Результаты:

Средние значения показателей контурного анализа: SI $7,68 \pm 0,96$ м/с, RI $33,51 \pm 18,02$ %, AIx $12,29 \pm 17,49$ % AIx75 $8,87 \pm 16,15$ %. Средние значения ЭХОКГ: Е/А $0,74 \pm 0,18$, пик А $0,85 \pm 0,21$, МЖП $1,07 \pm 0,16$ см, масса ЛЖ $198,94 \pm 47,11$ г, КДР ЛЖ $4,84 \pm 0,32$ см, КДО ЛЖ $110,82 \pm 17,52$ мл, длина ЛП из 4х камерной позиции $5,41 \pm 0,67$ см. Изучена корреляция показателей контурного анализа пульсовой волны с данными ЭХОКГ. Выявлена достоверная ($p < 0,05$) корреляция SI с массой ЛЖ ($r = -0,31$), МЖП ($r = -0,30$), КДО ЛЖ ($r = -0,27$), длиной ЛП из 4х камерной позиции ($r = -0,41$). RI достоверно коррелировал с длиной ЛП из 4х камерной позиции ($r = 0,45$). Коэффициент корреляции AIx с значением пика А $r = 0,36$ ($p < 0,05$). Имелась достоверная корреляция ($p < 0,05$) AIx75 с КДР ЛЖ ($r = -0,29$) и КДО ЛЖ ($r = -0,31$).

Заключение:

Для пациентов было характерно повышение тонуса мелких резистивных артерий (увеличение RI), преобладание кривых пульсовой волны типа А и В, положительное среднее значение AIx75. Анализируемые характеристики жесткости сосудов достоверно коррелировали с показателями ЭХОКГ. Не удалось выявить значимой корреляции показателей контурного анализа пульсовой волны с Е/А.

7.18. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ, БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

РЕЗНИКОВА Е. А., ТАРАСОВ А. А.

ГОУ ВПО ВолгГМУ, г. ВОЛГОГРАД, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилась сравнительная оценка прогностической значимости определения сыровоточного уровня антител к коллагену, антител к гиалуроновой кислоте, антител к хондроитин-сульфату, фактора фон Виллебранда (фФВ), эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOs) и эндотелина-1 и провоспалительных цитокинов - ИЛ-1 β , ФНО- α и ИЛ-6 - у лиц с бессимптомным атеросклерозом (40 человек).

Материал и методы:

Данное состояние являлось критерием включения в исследование. Аутоиммунные воспалительные маркёры, биохимические маркёры эндотелиальной дисфункции и маркёры системного воспаления определяли при помощи иммуноферментного анализа. Диагностику бессимптомного атеросклероза проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и РКО. Многофакторный анализ проводился при помощи пакета статистических программ Statistica 6 (Model: Logistic regression). Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались: развитие какой-либо клинической формы хронической ИБС, госпитализация в связи с ОКС или смерть от ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении статистического анализа конечные точки шифровались полуколичественно.

Результаты:

При $p < 0,0001$ и ДИ 0,05-26,43, при бессимптомном атеросклерозе среди исследованных нами параметров наибольшей прогностической ценностью в отношении развития неблагоприятных исходов в течение 3-х лет обладает уровень сыровоточных антител к коллагену (OR 9,53).

Заключение:

Необходимы дальнейшие исследования для определения возможности использования определения аутоантител к компонентам соединительной ткани для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений в реальной клинической практике.

7.19. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЁРОВ, БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И МАРКЁРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Резникова Е. А., Тарасов А. А.

ГОУ ВПО ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилась сравнительная оценка прогностической значимости определения сыровоточного уровня антител к коллагену, антител к гиалуроновой кислоте, антител к хондроитин-сульфату, фактора фон Виллебранда (фФВ), эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOs) и эндотелина-1 и провоспалительных цитокинов - ИЛ-1 β , ФНО- α и ИЛ-6 - у больных хроническими формами ИБС (80 человек).

Материал и методы:

Различные хронические формы ИБС являлись критериями включения в исследование. Аутоиммунные воспалительные маркёры, биохимические маркёры эндотелиальной дисфункции и маркёры системного воспаления определяли при помощи иммуноферментного анализа. Диагностику ИБС проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и РКО. Многофакторный анализ проводился при помощи пакета ста-

тистических программ Statistica 6 (Model: Logistic regression). Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались госпитализация в связи с ОКС и смерть от различных форм ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении статистического анализа конечные точки шифровались полуколичественно.

Результаты:

При $p < 0,00001$ и ДИ 0,07-44,21, при хронических формах ИБС среди исследованных нами параметров наибольшей 3-хлетней прогностической ценностью в отношении развития неблагоприятных исходов обладают уровень сыровоточных антител к хондроитин-сульфату (OR 4,23) и уровень eNOs (OR 2,91).

Заключение:

Необходимы дальнейшие исследования для определения возможности использования определения содержания аутоиммунных воспалительных маркёров и биохимических маркёров эндотелиальной дисфункции для стратификации риска неблагоприятных исходов при ИБС в повседневной клинической практике.

7.20. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ И КОЛИЧЕСТВА ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОЛОСТЯХ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Айдарова Р. А., Джошибаев С. Д., Шейшенов Ж. О., Нарбаев Д. А.

ТОО "НКЦКТ" г. Тараз, КАЗАХСТАН;
КГМА г. Бишкек, КИРГИЗИЯ

Введение (цели/задачи):

Традиционным методом диагностики выпота в плевральной полости в послеоперационном периоде является обзорная рентгенография органов грудной клетки. В настоящее время с появлением метода ультразвуковой диагностики определение наличия и количества выпота в плевральных полостях стала более информативной (Р.И. Ильницкий 2004г.). Чувствительность данного метода достигает 95,1% (Н.В. Гутаковская 2005г.). Цель исследования: оценить диагностическую значимость ультразвукового исследования при определении наличия и количества выпота в плевральной полости у послеоперационных больных.

Материал и методы:

Нами обследовано 151 больных оперированных через миниторакотомный доступ за 2012-2013годы с диагнозом ВПС и ППС. Для исследования использована ультразвуковая система Philips IE 33, датчик х5-1. Для выявления наличия выпота в плевральной полости исследование пациента проводилось в положении больного на спине и в положении сидя. Сканирование проводилось от передней подмышечной до паравертебральной линии на уровне синусов и от верхнего до нижнего края скопления жидкости. Расчет количества жидкости в плевральной полости проводился по измерению минимального и максимального расхождения листков плевры по формуле: $V = D_1 \cdot D_2 \cdot 70 \text{ мл}$ (М.К. Рыбакова 2011г.).

Результаты:

Результаты исследования: из обследованных нами больных в послеоперационном периоде наличие выпота в плевральной полости было выявлено в 30 случаях в объеме от 50 до 530 мл. В 4 случаях была произведена пункция плевральной полости. Разница в количестве жидкости установленной по УЗИ и полученной при плевральной пункции составила 50-70 мл.

Заключение:

Ультразвуковое исследование плевральных полостей на наличие и количество выпота имеет ряд преимуществ перед рентгенодиагностикой: - простота и доступность; - отсутствие лучевой нагрузки; - информативность, то есть ультразвуковой метод позволяет определить минимальный объем жидкости (от 50 мл), тогда как по рентгенологическому методу выявляется от 200 мл и более жидкости. - безопасность при проведении плевральной пункции путем отметки места пункции; Вышеуказанные преимущества ультразвукового метода дают возможность использовать эхографию как метод скрининга в повседневной клинической практике у послеоперационных пациентов с торакотомным доступом.

7.21. УРОВЕНЬ МАРКЕРОВ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Климкин П. Ф., Шаленкова М. А., Михайлова З. Д., Румянцева С. М.

ГБУЗ НО ГКБ №38, г. Нижний Новгород, Россия

Материал и методы:

Обследованы 113 больных (81 мужчина и 32 женщины, средний возраст $59,5 \pm 9,6$ лет), поступивших экстренно с диагнозом ОКС с подъемом у 59 (52,2%) и без подъема сегмента ST у 54 (47,8%) (ОКСнST, ОКСбпST) пациентов (основная группа). Группа сравнения - 11 пациентов со стабильной стенокардией (СтСт) II - III клинико-функциональных классов. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали согласно рекомендациям KDIGO (2012). В 1-3 день госпитализации у всех больных определяли: в моче содержание липокалина 2 (нг/мл) иммуноферментным методом (Human Lipocalin-2/NGAL Quantikine ELISA, R&D Systems (США)); в крови - креатинин (sCr) (мкмоль/мл) колориметрическим методом (кинетики) при поступлении и при ОКС повторно через 48-72 ч. Результаты представлены в виде медианы и квартилей (P25;P75), в %. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

При поступлении у пациентов ОКС величина sCr составила 77, 7 [67,2; 90,5] и достоверно увеличилась в динамике 80,4 [70,8; 95,7] ($p=0,03$). В группе сравнения уровень sCr 89,9 [73,4; 90,2] был выше, чем при ОКС ($p=0,17$). Значения липокалина 2 у пациентов ОКС были недостоверно выше 4,2 [1,8; 9,7], чем при СтСт 3,4 [0,9; 3,5] ($p=0,196$). У больных ОКСнST величина липокалина 2 6,8 [1,8; 30,8] была в 2 раза выше, чем при ОКСбпST 3,2 [1,8; 5,4] ($p=0,009$) и СтСт ($p=0,049$). По уровню sCr ОПП диагностировали у 11 больных, по уровню липокалина 2 - у 9 пациентов.

Заключение:

1. Отмечено достоверное увеличение уровня липокалина 2 у больных ОКСнST в сравнении с ОКСбпST и СтСт. 2. ОПП чаще диагностировали по уровню sCr.

7.22. УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

КОРОСТЕЛЕВА Е. В., ЯХОНТОВ Д. А.

НГМУ, г. Новосибирск, Россия

Материал и методы:

Обследовано 151 мужчин 34-75 лет со стабильной стенокардией напряжения 1-3 ФК в сочетании с артериальной гипертензией (АГ). Пациенты с неосложненным течением стенокардии, у которых при проведении коронароангиографии (КАГ) выявлены стенозы коронарных артерий (КА) $< 70\%$ составили 1-ю группу; 2-ю группу - больные, подвергшиеся чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ); 3-я группа включила больных с перенесенными сердечно-сосудистыми событиями (инфаркт миокарда, инсульт) давностью 1-2 года. 46 больным определялся уровень мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) твердофазным одностадийным «sandwich»-вариантом иммуноферментного анализа.

Результаты:

Больные, перенесшие сердечно-сосудистое событие, имели более тяжелое поражение коронарного русла. Среднее количество стенозированных КА составило $1,7 \pm 0,1$ в 1-й группе, $2,0 \pm 0,1$ во 2-й группе и $2,5 \pm 0,1$ в 3-й группе обследованных ($p_{1-3} < 0,0001$, $p_{2-3} = 0,001$). Средняя величина стеноза на одного больного составила $36,8 \pm 1,6\%$, $78,1 \pm 2,0\%$ и $71,7 \pm 2,5\%$ в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно ($p_{1-2} < 0,0001$, $p_{1-3} < 0,0001$, $p_{2-3} > 0,05$). Однососудистое поражение достоверно реже встречалось среди больных 3-й группы, в то время как 3-х сосудистое поражение у последних регистрировалось достоверно чаще. Достоверных различий по содержанию Nt-proBNP получено не было, средние показатели оказались выше референсных значений ($> 0,2$ нг/мл) и составили $0,42 \pm 0,12$ нг/мл, $0,34 \pm 0,19$ нг/мл и $0,58 \pm 0,18$ для больных 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно; однако во 2-й группе оказалось достоверно меньше больных с повышенным Nt-proBNP - 23,1% больных, чем в 3-й - 70,6% больных. Анализ взаимосвязей уровня NT-proBNP выявил корреляцию с возрастом. Во 2-й группе линейный регрессионный анализ обнаружил зависимость уровня NT-proBNP от средней величины стеноза КА, количества стенозированных КА, вовлеченности в патологический процесс ствола левой коронарной артерии (ЛКА).

Заключение:

Осложненное течение стабильной стенокардии ассоциируется с более тяжелым и распространенным поражением КА. Уровень Nt-proBNP чаще повышается у больных с сердечно-сосудистым событием в анамнезе, а у больных, перенесших ЧКВ, он взаимосвязан со степенью стеноза КА, количеством пораженных КА и вовлеченностью в процесс ствола ЛКА.

7.23. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Литвиненко Р. И., Шуленин С. Н., Куликов А. Н.

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

Введение (цели/задачи):

Сравнить ценность различных методов неинвазивной диагностики преходящей ишемии миокарда в зависимости от степени поражения коронарного русла.

Материал и методы:

В исследование было включено 36 человек, у которых, по данным коронарографии, определялись гемодинамически

значимые стенозы. Средний возраст исследуемых составил $63,77 \pm 11,6$ лет. Однососудистое поражение коронарного русла выявлено у 22 пациентов, многососудистое поражения коронарного русла оказалось у 14 обследуемых. Независимо от результатов коронарографии, всем обследуемым выполнено суточное ЭКГ-мониторирование, ЭКГ с физической нагрузкой на тредмиле, стресс-эхокардиография с физической нагрузкой и однофотонная компьютерная томография миокарда с фармакологической нагрузкой аденозином (ОФЭКТ с фармакологической нагрузкой).

Результаты:

Для пациентов с однососудистым поражением коронарного русла чувствительность суточного ЭКГ-мониторирования составила 36,36 %, для ЭКГ с физической нагрузкой 45,46 %, чувствительность стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой и ОФЭКТ с фармакологической нагрузкой 72,73 % и 54,55 % соответственно. Для пациентов с многососудистым поражением коронарного русла данным показателем для суточного ЭКГ-мониторирования и ЭКГ с физической нагрузкой на тредмиле оказался одинаковым и составил 57,14 %, чувствительность стресс-эхокардиографии в данной группе пациентов составила 85,71 %. ОФЭКТ с фармакологической нагрузкой для пациентов с многососудистым поражением коронарного русла оказалась наиболее чувствительной методикой с результатом 100 %.

Заключение:

Таким образом, только стресс-эхокардиография является достаточно чувствительной методикой для выявления больных с однососудистым поражением коронарного русла. В группе пациентов с более тяжелым поражением коронарного русла наиболее чувствительной оказалась ОФЭКТ с фармакологической нагрузкой.

7.24. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ НЕИЗБЕЖАЕМОЙ ГИПЕРКИНЕЗИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

СКУРАТОВА Н. А., БЕЛЯЕВА Л. М., ЧИЖЕВСКАЯ И. Д.,
СКУРАТОВ А. Г., МИКУЛЬЧИК Н. В.

ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА,
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ (г. Минск), ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, г. Гомель, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/задачи):

Важной составляющей является изучение влияния «запредельных» физических нагрузок на показатели сердечно-сосудистой системы (ССС) организма, что необходимо при создании программы профилактических мероприятий в кардиологии. Цель: оценить показатели электрокардиограммы (ЭКГ) кардиоинтервалографии (КИГ) в условиях моделирования острой неизбежной гиперкинезии (ОНГ) у лабораторных крыс, подвергшихся однократной пробе с вынужденным плаванием «до отказа».

Материал и методы:

Эксперимент проводился на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории УО «Гомельский государственный медицинский университет» на 10 белых беспородных молодых крысах-самках массой 180-220 г. Исследования проводились в соответствии с требованиями Европейской конвенции по защите экспериментальных животных (86/609

ЕЕС). В качестве пробы с физической нагрузкой у крыс использовали плавание с грузом-гайкой –10% от массы тела. Критериями окончания пробы являлась нагрузка «до отказа» (падение на дно).

Результаты:

После проведения острого стресса на ЭКГ животных были зарегистрированы следующие изменения: замедление внутрижелудочкового проведения (4 случая–21%), экстрасистолия (5 случаев–27%), увеличение вольтажа ЭКГ (2 случая–11%), ишемические изменения (2 случая–11%), замедление АВ-проведения (2 случая–11%), синусовая аритмия (4 случая–21%). По данным КИГ имело место снижение ЧСС, увеличение значений Амо и «расширения» диапазона значений показателя адекватности процессов регуляции, отражающего повышенную активность парасимпатической нервной системы.

Заключение:

Модель однократной неизбежной гиперкинезии в плавательной пробе у экспериментальных животных привела к развитию у последних несвойственных для них парасимпатических феноменов, а также эктопической активности на фоне сдвига вегетативного баланса в сторону «вагуса». Требуются дальнейшие исследования с целью изучения морфологических и гистологических изменений структур организма, возникающих на фоне регулярного «запредельного» физического стресса.

8. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ОКС И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

8.1. ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Затолока Н. В., Булгак А. Г., Ковш Е. В.,
Тарасик Е. С., Пашкевич С. Ф.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
"Кардиология", г. Минск, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

Введение (цели/задачи):

Оценить функцию эндотелия у пациентов с ишемической болезнью сердца и синдромом обструктивного апноэ сна.

Материал и методы:

В исследовании приняло участие 50 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) (стенокардия напряжения ФК 1-3). Из них мужчин было 29 (58%), женщин – 21 (42%). Средний возраст – $56,7 \pm 1,3$, минимальный – 40, максимальный – 68 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы по критерию наличия синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). 1 группа составила 30 человек, у которых был выявлен СОАС. 2 группа – 20 пациентов без СОАС. Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck- 2 (Weinmann, Германия). Исследования вазомоторной функции эндотелия сосудов проводили по методу Celermajer D.S. (1993) на ультразвуковой системе Vivid 5 (General Electric, США) с помощью линейного датчика 7,5 МГц.

Результаты:

При оценке функции эндотелия у пациентов обеих групп установлено, что как у больных ИБС с СОАС, так и у больных ИБС без СОАС наблюдали существенные нарушения функции эндотелия. При исследовании функции эндотелия у пациентов основной группы у 27-и (90%) человек выявили нарушение вазодилатирующей функции эндотелия (прирост диаметра плечевой артерии менее 10%). У 3-х пациентов (10%) 1 группы вазодилатирующая функция эндотелия соответствовала нормальному значению (прирост диаметра плечевой артерии составил 10% и более). У пациентов 2 группы нарушение вазодилатирующей функции эндотелия было выявлено у 10 (50%) человек. У 10 (50%) человек из 2-ой группы вазодилатирующая функция эндотелия была не нарушена. Прогностичность положительного результата (0,9) указывает на достоверное нарушение функции эндотелия при наличии у пациента ИБС и СОАС.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о выраженном характере нарушения вазодилатирующей функции эндотелия у большинства пациентов (90%) с ИБС и СОАС в сравнении с пациентами с ИБС без СОАС, выражающейся в высокой готовности сосудов к спастической реакции на стрессирующее воздействие, в данном случае на ишемию. Более выраженное нарушение вазодилатирующей функции эндотелия у больных ИБС с СОАС связано с взаимоотягощающим действием обеих патологий на систему эндотелия.

8.2. ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ У БОЛЬНЫХ Q- ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Киличев А. А., Курбанов Р. Д., Муллабаева Г. У.,
Сайфитдинова Н. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
Кардиологии. РУз, Ташкент, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценка исходного состояния вариабельности сердечного ритма (BCP) у пациентов ОИМ, осложненным развитием внезапной сердечной смерти (ВСС).

Материал и методы:

Нами проанализированы данные 205 больных мужского пола Q-ИМ. Все пациенты находились на стационарном лечении с Республиканском Специализированном Центре Кардиологии за период 2006-2010 годы с диагнозом острый Q-волновой ИМ. Средний возраст пациентов составил $51,7 \pm 9$ лет. Всем больным на 10-14 сутки заболевания проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с анализом BCP по рекомендации Северо-Американского общества электрофизиологов. В зависимости от исходов, пациенты были разделены на 2 группы: I группа (n=191) выживших, II группа (n=14) внезапно умерших. При обработке результатов был использован пакет Statistica 6.0.

Результаты:

Сравнительный анализ клинико-анамнестических данных показал, что по возрасту группы статистически не различались. Анализ состояния BCP показал, что в среднем SDNN у этой категории пациентов составил $92,07 \pm 12,9$ мс. В то же время качественный анализ показал, что 9 (70%) пациентов из группы умерших имели SDNN ниже 100 мс. При этом SDNN ниже 50 мс выявлена у 2 (22%), промежуточные показатели SDNN (50-100 мс) у 78% пациентов. Показатель активности парасимпатической системы RMSSD также был значительно ниже у пациентов умерших внезапно. Так, в среднем он составил $21,8 \pm 3,8$ мс. При этом, подавляющее большинство пациентов (84,6%) имели на предвыписном этапе RMSSD ниже 36 мс, что говорит в пользу того, что данная категория уже на исходном этапе может быть отнесена в группу высокого риска ВСС. Показатель pNN50% в среднем составил $4,76 \pm 2,0\%$, при этом показатель ниже 5,5% имели 8 (81,5%) пациентов. Изучение спектральных показателей выявило, что у больных с ВСС на исходном этапе общая мощность спектра на 72% состояла из показателей ультранизкой, низкой и очень низкой частот. Но при этом соотношение LF/HF, характеризующее соотношение низких и высоких частот в среднем составило $3,0 \pm 0,4$. Необходимо отметить, что анализ расчетного показателя BCP, вычисляемого по сочетанию SDNN HRVti показал, что в группах сравнения на исходном этапе он был умеренно снижен у 2 (15%) и 17 (10,7%) больных, соответственно, а у 15% больных с ВСС на исходном этапе BCP была снижена значительно, что достоверно выше группы с благоприятным исходом. Кроме этого, у 23% пациентов группы с

неблагоприятным исходом выявлен независимый предиктор фатальных аритмий в последующие 3 года, в то время как в группе выживших больных он выявлялся в 8,3% случаях.

Заключение:

Больные ОИМ, осложненным ВСС уже в подострой стадии заболевания характеризуются значительно сниженной общей ВСР, а спектральные показатели представлены ультранизкими и очень низкими частотами.

8.3. ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХСН

Маткевич С. А., Барбук О. А., Бельская М. И., Семенова Н. В.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь

Введение (цели/задачи):

Определение взаимосвязи дисфункции почек и систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным хронической сердечной недостаточностью (ХСН)

Материал и методы:

Обследовано 30 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (давность перенесенного инфаркта миокарда $5,35 \pm 1,6$ года), осложненным ХСН ФК III (по NYHA), средний возраст $59,5 \pm 0,84$ года. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Медикаментозное лечение: β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина, дезагреганты, статины, мочегонные. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца (ЭхоКГ) проводили на аппарате Vivid-7 (GE, США-Бельгия) с датчиком 3,5 МГц. Уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox на анализаторе Olympus (норма 0,57-1,05 мг/л), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню цистатина С - по формуле: $СКФ (мл/мин/1,73 м^2) = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Концентрации мочевины, глюкозы и ферментов крови были в пределах нормы. Для определения микроальбуминурии (МАУ) в моче использовался анализатор Olympus, микроальбумин – OSR 6167.

Результаты:

У пациентов выявлены признаки легочной гипертензии на фоне сниженной сократительной способности миокарда: среднее давление в легочной артерии по данным ЭхоКГ составило $25,47 \pm 1,36$ мм рт.ст., фракция выброса ЛЖ в В-режиме - $46,7 \pm 1,65\%$. Средний уровень цистатина С был в пределах нормы, среднее значение СКФ по уровню цистатина С составило $83,0 \pm 3,27$ мл/мин/1,73 м², что ниже нормальных значений. МАУ определялась в 16,6% случаев. Выявлена прямая корреляционная зависимость между фракцией выброса ЛЖ и величиной 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 уровнем микроальбуминурии ($r=-0,51$, $p<0,05$).

Заключение:

Таким образом, можно говорить о наличии взаимосвязи фракции выброса ЛЖ со СКФ по цистатину С, с уровнем ци-

статина С, а также с уровнем микроальбуминурии, что может свидетельствовать о зависимости выраженности систолической дисфункции ЛЖ от проявлений дисфункции почек при ХСН. Очевидно уровни цистатина С линейно связаны с риском прогрессирования систолической сердечной недостаточности.

8.4. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Аккиев Б. Т., Курбанов Р. Д., Закиров Н. У.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

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

Материал и методы:

В нашей работе были обследованы 84 пациента с острым Q-волновым инфарктом миокарда, средней возраст составил $52,54 \pm 8,6$ лет. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ. Все больные получали стандартную терапию (β -юлокаторы, антиагреганты, антиаритмики, антагонисты альдостерона, иАПФ, антагонисты кальция, нитраты, статины). На 10-14 сутки ОИМ проводилось ЭхоКГ на эхокардиографе «Sonoline Versa Pro» (Siemens, Германия); оценка общей сократимости ЛЖ проводилось по его фракции выброса: $ФВ = (КДО - КСО) / КДО * 100\%$ и холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ с помощью аппарата «Cardio Sens+» (ХАИ-МЕДИКА, Украина) с определением ЖЭ. Оценка параметров проводилась соответственно рекомендациям Общества Специалистов по Сердечной Недостаточности (ОССН) 2010г. Для характеристики желудочковых экстрасистол (ЖЭ) использовались градационная классификация В. Lown (1971). По исходным данным ЭхоКГ больных разделены на 2 группы. В 1-й группе состоят 23 (27,3%) больные с явной систолической дисфункцией, величина $ФВЛЖ \leq 45\%$. Остальные 61 (72,7%) пациентов вошли во 2-ю группу с сохранной функцией ЛЖ величина $ФВЛЖ > 45\%$.

Результаты:

При изучении демографических данных больные сравниваемых групп не имели достоверных различий в возрасте ($53,74 \pm 8,7$ лет и $51,34 \pm 8,6$ лет) ($P > 0,05$). ГБ в анамнезе имели 14 (60,8%) и 41 (67,2%) больных I и II группы соответственно ($\chi^2 = 0,08$; $P = 0,7$), СД 2 типа выявлен у 5 (21,7%) и 11 (18%) больных соответственно I и II группам ($\chi^2 = 0,006$; $P = 0,9$). В I группе больных по данным ЭКГ и ЭхоКС чаще регистрировалась передняя локализация ИМ ($\chi^2 = 1,68$; $P = 0,19$), а в II группе соответственно нижняя локализация ($\chi^2 = 1,68$; $P = 0,19$) но различия не достоверны. Необходимо отметить, что в группе больных с явной систолической дисфункцией на 10-14 сутки острого ИМ достоверно чаще наблюдалось развитие ОСН ($\chi^2 = 13,6$; $P = 0,000$) и раннее ремоделирование ЛЖ ($\chi^2 = 5,48$; $P = 0,02$). Кроме этого, в биохимическом анализе уровня СРБ, нами выявлен его достоверно высокий уровень в I группе, чем во II ($8,4 \pm 1,1$ мг/л, и $5,6 \pm 0,7$ мг/л, соответственно I и II группам, $p < 0,05$). В сравниваемых нами группах количество больных с потенциально опасными желудочковыми аритми-

ями (ПОЖА) выявлено высоко достоверное различие и составило 21 (91,3%) и 3 (21,3%), соответственно I и II группам ($\chi^2=31,1$; $P=0,000$). Кроме того, ЖЭ высокой градации по Лаун-Вольф: III (12 - 52,1% и 9 - 14,7%, $\chi^2=10,5$; $P=0,001$), IVA (13 - 56,5% и 7 - 11,4%, $\chi^2=16,3$; $P=0,000$), IVB (7 - 30,4% и 3 - 4,9%, $\chi^2=8,08$; $P=0,004$), соответственно I и II группам. Таким образом, в группе с явной систолической дисфункцией достоверно чаще наблюдались ЖЭ высокой градации.

Заключение:

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

8.5. ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ватутин Н. Т., Христиченко М. А., Кетинг Е. В.,
КАРТАМЫШЕВА Е. В., АДРИЧЕВ В. В.

ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. ДОНЕЦК, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние буспирона гидрохлорида на приверженность к лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и наличием тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

Материал и методы:

В исследование включены 102 пациента (65 мужчин и 37 женщины, средний возраст $67,4 \pm 9,5$ 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. Наличие и выраженность ТДР устанавливались путем применения опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS», 11 баллов и выше по одной из подшкал расценивались как клинически значимая тревога/депрессия, требующая медикаментозной коррекции. Все пациенты получали стандартную терапию ХСН и ишемической болезни сердца. Исходно и через 3 месяца приема буспирона гидрохлорида проводилось анкетирование больных с целью выяснения мнения о правилах приема препаратов. Для этого использовался Опросник оценки приверженности больных с ХСН основным элементам самолечения и самоконтроля (H.Ni, 1999). Максимальное значение шкалы, вычисляемое по сумме значений ответов, могло равняться 30, минимальное – 5. Приверженность к лечению определялась индексом комплаентности (отношение числа принятых доз к числу назначенных доз, выраженное в процентах). Результаты трактовались следующим образом: высокий уровень приверженности – прием препаратов строго в указанное время более чем в 80% случаев; средний – в 20-80% случаев; низкий – менее чем в 20% случаев.

Результаты:

Исходно, согласно Опроснику оценки приверженности больных с ХСН основным элементам самолечения и самоконтро-

ля, приверженность пациентов основным элементам самолечения и самоконтроля соответствовала $12,3 \pm 1,6$ баллам, а через 3 месяца терапии буспирона гидрохлоридом – $19,4 \pm 1,5$ баллам ($p < 0,01$). Индекс комплаентности составил $24,3 \pm 8,6\%$ и $39,8 \pm 11,3\%$, соответственно ($p < 0,001$).

Заключение:

Добавление буспирона гидрохлорида к стандартной терапии ХСН ишемической этиологии при наличии ТДР позволяет достоверно повысить приверженность пациентов к лечению.

8.6. ВЛИЯНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА НА КОНЕЧНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА (II) У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Сафронова Э. А., Захарова А. И., Куликова Л. А.,
ШАПКИН В. В., ГАЙНЦЕВ Е. А., ШАДРИНА И. М.,
МИРОНОВА Т. Ф., ЗАПОЛЬСКИХ Л. Г., МИРОНОВ В. А.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, МБУЗ ГКБ
№8 кардиологическое отд., г. Челябинск, Россия

Введение (цели/задачи):

Наиболее частой причиной смертности населения в трудоспособном возрасте является ИБС. Для купирования приступов стенокардии используется нитроглицерин (НГ), но недостаточно изучено его воздействие на конечные метаболиты азота оксида (II) – NOx, что и определяет актуальность проводимого исследования.

Материал и методы:

Обследован 41 пациент с нестабильной стенокардией (НС) в возрасте от 40 до 65 лет. Помимо общепринятого исследования (электрокардиограмма, доплер-эхокардиография) всем больным проводилось исследование суммарного содержания конечных метаболитов оксида азота (II) – NOx до и после приема НГ. Группой контроля (К) были люди, у которых при проведении медосмотров не были выявлены клинические, биохимические, инструментальные отклонения от нормы.

Результаты:

У пациентов с НС исходный уровень NOx составил $10,45 \pm 3,47$ мкмоль/л, после приема НГ – $12,25 \pm 4,12$ мкмоль/л, прирост NOx – $15,71 \pm 4,84\%$, в то время как у здоровых до принятия НГ данный показатель был $18,31 \pm 4,23$ мкмоль/л, а после НГ – $23,91 \pm 4,74$ мкмоль/л, прирост NOx – $30,63 \pm 4,92\%$.

Заключение:

У пациентов с НС отмечался меньший уровень NOx ($p < 0,0001$) по сравнению с группой К. После приема 0,5 мг НГ регистрируется более низкий прирост NOx, чем в группе К ($p < 0,0001$). Таким образом, у пациентов с НС отмечается меньшее образование в крови под влиянием НГ оксида азота (II) – NO, что снижает ответ на НГ у данной категории пациентов.

8.7. ВЛИЯНИЕ РАНИХ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕЗКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

КАЗАЕВА Н. А., СУДЖАЕВА С. Г., СУДЖАЕВА О. А.,
ГУБИЧ Т. С.

ГУ РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

изучить динамику фактора Виллебранда (ФВ) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) после первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с традиционной физической реабилитацией (ФР) и при использовании дифференцированных велотренировок (ВТ).

Материал и методы:

Обследовано 69 пациентов с острым ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ. 34 пациента составили основную группу (ОГ), средний возраст $50,3 \pm 1,3$, 35 пациентов – контрольную группу (КГ), средний возраст $52,8 \pm 1,2$, $p > 0,05$. Пациенты ОГ и КГ не различались по возрасту, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации, используемой медикаментозной терапии ($p > 0,05$). ФР пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу. У пациентов ОГ использовалась разработанная дифференцированная программа ФР, включающая, кроме ЛГ и дозированной ходьбы, велотренировки (ВТ). ВТ назначались дифференцированно, с учетом класса тяжести пациента, а также толерантности к физической нагрузке по данным диагностической спирометрии, проведенной накануне. ВТ начинались на 8-17 сутки ИМ (в среднем на $11,3 \pm 0,8$ сутки). Общая продолжительность курса ВТ составляла 12 недель (в общей сложности – 36 занятий). Фактор Виллебранда определяли в плазме, содержащей цитрат Na, на автоматическом коагулометре ACL-10000 (Instrumentation Laboratory, Италия-США) хромогенным методом в исходном состоянии – I тест (в среднем на 7-12 сутки после выполненного ЧКВ), через 3 и 12 месяцев после начала развития заболевания – II и III тесты.

Результаты:

При 1-м обследовании средние значения показателя ФВ составили $171,44 \pm 11,56\%$ в КГ и $160,6 \pm 16,54\%$ в ОГ, соответственно, т.е. достоверно не различались между группами, хотя имели тенденцию к превышению нормальных значений показателя (норма 62 – 158%), $p > 0,05$. При 2-м обследовании (через 3 месяца после ЧКВ) отмечено достоверное снижение средних значений ФВ до нормального уровня в обеих группах пациентов (с $171,44 \pm 11,56\%$ до $141,68 \pm 10,71\%$ в КГ и с $160,6 \pm 16,54\%$ до $113,82 \pm 9,58\%$ в ОГ, $p < 0,001$). Очевидно, данный факт объясняется тем, что пациенты обеих групп получали двойную антиагрегантную терапию (аспирин+клопидогрель). Через 12 месяцев, несмотря на то, что пациенты обеих групп продолжали получать двойную антиагрегантную терапию, лишь в ОГ значения ФВ оставались в пределах нормальных значений и были достоверно ниже уровня, зарегистрированного при 1-м обследовании ($125,29 \pm 6,64\%$ и $160,6 \pm 16,54\%$ при II-м и I-м обследованиях, соответственно, $p < 0,001$). В КГ, напротив, отмечался рост уровня ФВ до значения, зарегистрированного при 1-м обследовании ($162,61 \pm 17,13\%$, $p > 0,05$).

Заключение:

Использование 12-ти недельного курса велотренировок, начинаемых начиная с 8-17 суток инфаркта миокарда, дифференцированно (в зависимости от реабилитационного класса пациента) у пациентов с ИМ после первичного ЧКВ позитивно воздействует на агрегацию тромбоцитов, позволяя потенцировать эффект антиагрегантной терапии и, таким образом, предотвращать развитие тромбозов стентов и повторных эпизодов ОКС на протяжении года после вмешательства.

8.8. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСХОДОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА: ИТОГИ 5-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА

ГАРГАНЕЕВА А. А., БОРЕЛЬ К. Н., ОКРУГИН С. А.,
КУЖЕЛОВА Е. А.

ФГБУ "НИИ Кардиологии" СО РАМН, г. Томск, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить гендерные особенности течения и исходов острого инфаркта миокарда (ОИМ) у лиц трудоспособного возраста по результатам 5-летнего наблюдения.

Материал и методы:

Использованы данные карт первичной регистрации больных «Регистра острого инфаркта миокарда», амбулаторные карты пациентов и архивные документы бюро судебно-медицинской экспертизы. В исследование включено 504 пациента трудоспособного возраста, перенесших ОИМ.

Результаты:

В обследуемой когорте преобладали мужчины (86%). Средний возраст мужской и женской популяции был сопоставим, однако мужчины чаще курили (86% vs. 40%, $p < 0,05$), а женщины чаще страдали сахарным диабетом (44% vs. 20%, $p < 0,05$). В обеих группах преимущественно диагностировалось крупноочаговое поражение передней стенки левого желудочка (ЛЖ), однако в группе женщин выявлено двукратное преобладание случаев регистрации ИМ без подъема сегмента ST. Осложнения в остром периоде ИМ наблюдались у 30% пациентов: в женской популяции чаще развивалась постинфарктная стенокардия (60%, $p < 0,05$), в то время как в мужской популяции – острая аневризма ЛЖ (44% vs 18%, $p < 0,05$). Летальность пациентов обоих полов за 5 лет не различалась и составила 20% среди женщин и 28% – в мужской популяции. Вместе с тем, среди умерших пациентов в группе женщин медиана дожития оказалась в 3 раза меньше. Каждая десятая женщина трудоспособного возраста, перенесшая ИМ, умерла в течение первого года наблюдения, тогда как среди мужчин годовая летальность составила 4%.

Заключение:

У женщин трудоспособного возраста ИМ чаще развивался на фоне патологии углеводного обмена. Гендерных различий по тяжести течения острого периода ИМ не выявлено. Годичная летальность после перенесенного ИМ среди женщин в 2 раза выше, однако при длительном наблюдении гендерные различия по уровню общей летальности нивелируются.

8.9. ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

ЗАТОЛОКА Н. В., БУЛГАК А. Г., ТАРАСИК Е. С.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние обструктивного апноэ сна на гипертрофию миокарда левого желудочка у пациентов с ишемической болезнью сердца

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. Первая и вторая группы были разделены на подгруппы по критерию тяжести 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 доплеровском режимах в стандартных эхокардиографических позициях. Вычислялась масса миокарда левого желудочка (ЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), типы геометрии ЛЖ.

Результаты:

При оценке структурного состояния сердца выявлена гипертрофия ЛЖ у пациентов всех трех групп. При оценке гипертрофии миокарда ЛЖ среди пациентов разных групп была достоверно выявлена гипертрофия в группах с нарушением дыхания во время сна (1 и 2 группы) по сравнению с группой без нарушения дыхания во время сна: 147,2 ± 5,7 г/м², 142,2 ± 3,8 г/м², 138,5 ± 7,5 г/м² соответственно. У 1 и 2 группы с нарушениями дыхания во сне концентрическая и эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ встречались чаще, тогда как у пациентов без нарушения дыхания во сне (3 группа) преобладала концентрическая гипертрофия ЛЖ и концентрическое ремоделирование ЛЖ. При исследовании 1 и 2 групп достоверно выявлено повышение ИММЛЖ у пациентов с тяжелой степенью СОАС, чем у пациентов с легкой степенью СОАС (159 г/м² и 134 г/м² соответственно). ИММЛЖ пациентов со средней степенью СОАС не отличался от показателей других групп.

Заключение:

У пациентов с СОАС и ИБС развивается преимущественно концентрическая и эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, которые являются наиболее неблагоприятными для развития сердечно-сосудистых осложнений. Выраженность гипертрофии ЛЖ ассоциируется с тяжестью СОАС.

8.10. ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Сафронова Э. А., Давыдова Е. В., Шадрин И. М., Миронова Т. Ф., Мионов В. А., Лозовая Л. П., Федорова О. А., Запольских Л. Г., Яндимирова В. К.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, МБУЗ ГКБ №8 кардиологическое отд., МБУЗ ГКБ №8 поликли. кардиол. отд., АНО МСЧ АГ и ОАО "ММК" поликлиника №1, г. Челябинск, Россия

Введение (цели/задачи):

Синоатриальный узел сердца (САУ) является комплексным функциональным образованием. Морфофункциональное состояние САУ до настоящего времени исследовалось при профессиональной патологии (Давыдова Е.В., 2010, 2011). Перспективным является изучение гистоморфологии САУ у умерших больных с ИБС.

Материал и методы:

Препараты САУ были получены при аутопсии 15 трупов. Из них 5 трупов людей от 19 до 23 лет, практически здоровых, погибших от травм; 10 трупов – пациентов кардиологического отделения МБУЗ ГКБ №8 г. Челябинска, у которых при жизни были установлены явления автономной кардионейропатии при проведении ритмокардиографии больными с нестабильной стенокардией, умерших от кардиальных причин, без сопутствующей другой тяжелой хронической органной патологии. Во всех случаях образцы САУ получали не позднее 12 часов с момента наступления смерти. САУ сердца и другие элементы проводящей системы выделяли на изолированном вскрытом сердце в ходе аутопсии, в соответствии с рекомендациями (Автандилов Г.Г. 1994), препарировали под стереомикроскопом и фиксировали в забуференном растворе формальдегида и глутаральдегида или нейтральном забуференном формалине. Для светооптического исследования кусочки ткани заливались в парафин. Для электронно-микроскопического исследования ткань заливали в эпон-812. Серийно-ступенчатые срезы с парафиновых блоков окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизон. Полутонкие срезы с эпиксидных блоков окрашивали толуидиновым синим и основным фуксином (Spurlock B.O. et al 1996), метиленовым синим и просматривали в световом микроскопе. Ультратонкие срезы контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца (Reynolds J., 1967). Контрастированные образцы просматривали на электронном микроскопе Zeiss Libra 120 с цифровой SSCCD камерой Ultra Scan 950 (4 мпикс.). Всего изучено 15 образцов в диапазонах электронно-оптических увеличений 1250-20000х.

Результаты:

У больных, в отличие от контроля, имелись электронно-микроскопические и гистологические особенности изменений САУ и элементов проводящей системы сердца. Зафиксирована гипертрофия клеток сократительного миокарда в области САУ, характеризовавшаяся повышением диаметра и интенсивности окрашивания ядер у умерших больных с ИБС при сопоставлении с контрольным препаратом САУ. Миокардиальный интерстиций имел с умеренным диффузным отеком, резко выраженные нарушения микроциркуляторные нарушения – расширение и полнокровие сосудов, стаз капилляров. Отмечались некробиотические и дистрофические изменения клеток САУ и проводящей системы, о чем свидетельствовали базофилия цитоплазмы, плазморея и пикноз ядер исследованных клеток. Описываемые изменения типичны для хронического ишемического повреждения миокарда. При электронной микроскопии в клетках переходного типа проводящей системы сердца выявлены деструкция крист митохондрий, образование липофусцина у больных ИБС.

Заключение:

Обнаруженные при морфологическом исследовании проводящей системы сердца нарушения не были особо специфичными, однако могли являться субстратом для образования автономной кардионейропатии и дисрегуляции САУ.

8.11. ДИЛАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цой И. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

изучение особенностей клинического статуса и характера течения ДКМП.

Материал и методы:

Был проведен ретроспективный анализ данных 289 больных ДКМП средним возрастом $40,5 \pm 0,6$ лет. Давность заболевания составила $10,5 \pm 0,8$ месяцев к моменту первичного осмотра. Всем больным проводился первичный медицинский осмотр и сбор данных анамнеза.

Результаты:

По итогам исследования у 6 (2,1%) больных диагноз был установлен в стадии случайной находки (ССН), у 42 (14,5%) диагностирован II функциональный класс сердечной недостаточности (ФК СН), у 112 (38,1%) III ФК СН, у остальных 129 (44,5%) пациентов – IV ФК СН, со средними значениями ФК $3,3 \pm 0,01$. При первичном осмотре во всех случаях, кроме больных в ССН имелись жалобы на приступы удушья в горизонтальном положении, одышка в покое наблюдалась у 156 (54,5%) пациентов, отеки на ногах – у 206 (71,2%); асцит – 110 (38%) пациентов. Несколько реже отмечались боли в области сердца различного характера: колющие – в 118 (40,8%), ноющие – в 32 (11,1%) и лишь у 26 (8,9%) пациентов боли в области сердца носили характер стенокардии. Аускультативно у 174 (60,2%) больных отмечался ритм галопа, который оказался наиболее ранним признаком заболевания. У 218 (75,4%) больных выслушивался систолический шум с эпицентром на верхушке сердца, возможно, вследствие относительной недостаточности митрального клапана. Анализ уровня артериального давления (АД) показал, что у 57 (19,7%) пациента отмечалось повышение уровня АД, при этом систолическое АД не превышало 160 мм. рт. ст. В тоже время у 76 (26,2%) больных наблюдалась гипотония. Из анамнестических данных было выявлено, что в 14 (4,8%) случаях ДКМП впервые проявилась развитием тромбоэмболических осложнений, таких как тромбоэмболия сосудов легких или головного мозга.

Заключение:

В начальном периоде при ДКМП в клинике наблюдается высокий ФК СН, превалирует бивентрикулярная СН сопровождающаяся в 26,2% случаев гипотонией. При этом в 2,1% случаев ДКМП выявляется случайно.

8.12. ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

БЕЙСЕБАЕВА А. К., СЕМЁНОВА Р. И., АБЫКЕШОВА А. К., АДЖИЕВА Н. М., ЛИ Д. Ю., МАСАКБАЕВА А. К.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – изучить исходы острого коронарного синдрома (ОКС) без подъема сегмента ST в зависимости от длительности болевого синдрома, уровня тропонина, гендерных отличий, индекса Кетле.

Материал и методы:

Исследование проводилось в городском кардиологическом центре города Алматы. Под наблюдением находилось 152 пациента с ОКС без подъема ST, из них мужчин 55,9%, женщин – 44,1%. Возраст мужчин и женщин был от 45 до 70 лет. Средний возраст составил $64 \pm 2,35$ лет. Длительность заболевания составила от 3 до 15 лет. Проведен анализ клини-

ческих проявлений болезни, изучены ЭКГ в 12 стандартных отведениях при поступлении и в динамике, уровень тропонина при поступлении и через 6-12 часов (за норму считали до 0,04 нг/мл), уровень холестерина (за норму считали до 5,2 ммоль/л). Коронароангиография была проведена 52 пациентам.

Результаты:

Из 152 пациентов с длительностью заболевания ИБС от 3-х до 11 лет преобладали мужчины (39,5%), более 15 лет было больше женщин. Ведущей жалобой пациентов были боли в области сердца преимущественно давящего характера (51,2%) с иррадиацией в левую руку (60,5%), продолжительностью больше 20 минут (28,2%), одышка (55,2%). Из сопутствующих заболеваний у женщин на 1 месте был сахарный диабет (20,4%), а у мужчин – хронический бронхит (24,3%). Количество мужчин с повышенным уровнем (2,04 нг/мл) тропонина при поступлении было 54,1%, женщин – 22,4%. Уровень тропонина через 6-12 часов повысился (11,7 нг/мл) и был в 1,5 раза больше у мужчин, чем у женщин (64,7% и 41,8% соответственно). Уровень холестерина у женщин был больше в 2 раза, чем у мужчин (62,7% и 54,1% соответственно). При анализе ЭКГ были выявлены нарушение ритма сердца по типу фибрилляция предсердий (21,7%), полная блокада левой ножки пучка Гисса (8,5%). Исходом ОКС у женщин явилась нестабильная стенокардия (58,2%), а у мужчин инфаркт миокарда без подъема ST (64,7%). Число мужчин с повышенным показателем индекса Кетле было выше в 1,5 раза, чем женщин (31,6% и 17,1% соответственно), что расценивалось как риск возникновения осложнений. Результаты корреляционного анализа индекса Кетле с уровнем поражения коронарных артерий показали, что при показателе индекса Кетле $\geq 27,9$ кг/м² достоверно часто встречалось выраженное поражение коронарных артерий (чаще у мужчин), степень стеноза более 50% у 23,1% мужчин.

Заключение:

Исходом ОКС без подъема ST у женщин была нестабильная стенокардия, у мужчин развился инфаркт миокарда. Выявленная корреляционная связь между показателем индекса Кетле и выраженности поражения коронарных артерий могут быть предикторами определяющими исходы ОКС, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

8.13. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АВЕЗОВ Д. К.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

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

Материал и методы:

Обследовано 243 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненной ХСН. Все больные были разделены на группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA): 76 больных ХСН I ФК, 89 больных ХСН II ФК и 78 больных ХСН III ФК. Оценку КЖ больных проводили с помощью Миннесотского опросни-

ка. Функциональные возможности больного оценивали по опроснику DASI (1989), сумма показателей которой названа авторами индексом активности. Иммуноферментным методом в плазме крови определяли уровень мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона (Ал).

Результаты:

Анализ результатов исследования показали, что КЖ больных ХСН взаимосвязано с прогрессированием заболевания: с нарастанием ФК ХСН увеличивался суммарный индекс КЖ. У обследованных больных установлена высокая корреляционная зависимость дистанции 6-минутной ходьбы с суммарным индексом КЖ ($r=0,92$ и $r=0,881$) и функциональной активностью больных ($r=0,794$ и $r=0,870$). В течение года наблюдения установлено, что декомпенсации ХСН способствовали тяжесть ХСН (III ФК ХСН) ($p=0,0001$), ЧСС больше 70 уд./мин ($p=0,04$), дистанция ТШХ < 300 м ($p=0,0001$), высокий уровень МНУП и Ал ($p=0,001$), ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ ($p=0,001$). Независимыми предикторами летального исхода у больных ХСН в течение года явились ФВ ЛЖ [ОР 1,217, ДИ 1,021-1,452; $p=0,01$], потенциально опасные желудочковые аритмии (ПОЖА) [ОР 1,407, ДИ 1,001-1,979; $p=0,04$; МНУП [ОР 0,987, ДИ 0,971-1,002; $p=0,01$]. При этом летальность имеет сильную положительную корреляцию с высокими и средне-высокими значениями МНУП (соответственно, $r=0,79$; $r=0,70$).

Заключение:

Для определения прогноза у больных перенесших инфаркт миокарда, осложненной ХСН необходимо оценивать показатели неблагоприятных предикторов.

8.14. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕИЗМЕНЕННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Азизов В. А., Солтанова М.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. БАКУ, АЗЕРБАЙДЖАН

Введение (цели/задачи):

Ретроспективный анализ неизмененных коронарных артерий с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы:

Было ретроспективно проанализировано результаты коронарной ангиографии у 90 больных ККС. Коронарная ангиография (КАГ) была проведена на аппарате "TOSHIBA iNFINIX-300" (Япония). Коронарный кровоток у всех пациентов оценивался по классификации TIMI.

Результаты:

По результатам проведенных экстренных КАГ отсутствие окклюзионно-стенотических изменений у 6 (6,6%) пациентов с ОКС. При анализе коронарограмм у пациентов с неизмененными коронарными артериями ретроспективно были выявлены следующие особенности коронарного статуса: извитость коронарных артерий у 3 (50%) пациентов, замедление коронарного кровотока у 2 (33,3%) больных, состояние после стентирования без тромбозов и рестенозов стентов с кровотоком TIMI 3 у 1 (16,7%) пациентов. Только у 2 из этих больных выявились такие факторы риска, как СД у 1 и курение у 1. У больных этой категории анаместически и клинически выявлена сопутствующая гастроэнтерологическая патология. Так как, у 4 из них рентгенологически выявлен гастроэзофа-

геальный рефлюкс. В то же время, что у пациентов с ОКС с измененными коронарными артериями достоверно чаще выявились сахарный диабет (58%), курение (49%), дислипидемия (44%). У пациентов с ОКС без значимых окклюзионно-стенотических изменений выявлено благоприятное течение госпитального этапа заболевания. У всех больных этой группы отсутствовали осложнения ОКС, в том числе госпитальная летальность. У пациентов с ОКС с пораженными коронарными артериями достоверно чаще выявлялся неблагоприятный отдаленный исход: у 8 в течение года развивались рецидивы, у 2 летальные исходы.

Заключение:

Результаты исследования показывают высокую распространенность гастроэнтерологической патологии среди пациентов с ОКС и непораженными коронарными сосудами, что достоверно отличается от распространенности таковой среди больных с пораженными коронарными сосудами, что делает особенно актуальной необходимость тщательного сбора анамнеза и визуализации проявлений ИБС у этой группы пациентов.

8.15. ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСЛОЖНЕННЫМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ

Какорин С. В., Стогов А. В., Воеводина Н. Ю.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Провести сравнительный анализ сроков летальности у больных имеющих сахарный диабет 2 типа (СД2) и нормальный углеводный обмен (УО) при поздней госпитализации с острым инфарктом миокарда передней локализации с подъемом сегмента ST (ОИМпST) осложненным отеком легких (ОЛ) в стационаре не оснащенном оборудованием для выполнения интервенционных методов лечения.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ 63 историй болезни пациентов в возрасте от 65 до 80 лет (мужчин (М) 23, женщин (Ж) 40) госпитализированных в блок кардиореанимации ГКБ №4 г. Москвы с ОИМпST передней локализации осложненным ОЛ. Стационар не оснащен оборудованием для выполнения интервенционных методов лечения больных с ОИМ, а тромболитическая терапия не выполнялась из-за позднего обращения за медицинской помощью. Анализ проводился в группах больных с СД2 и нормальным УО госпитализированных в стационар в сроки от 12 до 24 часов от развития ангинозного приступа. Оценивались сроки летальности в стационаре в период до 6 часов от момента госпитализации, 6-24 часов и более суток пребывания. Изучаемые параметры – ОИМпST осложненный ОЛ, СД2, нормальный УО, сроки летальности, возраст, пол. Диагноз СД2 ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистическая обработка проводилась в программе OpenOffice Calc.

Результаты:

Из 63 больных с ОИМпST передней локализации осложненным ОЛ 29 имели СД2 (Ж-21 (76,4%), средний возраст $74 \pm 4,3$ года и М-8 (27,6%), средний возраст $71 \pm 4,7$ год). 28 больных при поступлении имели сахар крови более 11,1 ммоль/л, из них 23 указывали на наличие в анамнезе СД2). У 34 больных был нормальный УО: Ж-19 (55,9%), средний возраст $74 \pm 3,9$ лет и М-15 (44,1%), средний возраст $72 \pm 4,3$

года. Из 29 больных СД2 с ОИМнСТ передней локализации осложненным ОЛ госпитализированных в стационар за период 12 до 24 часов от развития ангинозного приступа летальность была у 16 (55,2%) человек. Это достоверно чаще, чем в группе из 34 пациентов с нормальным УО – 14 (41,2%), $t=2,45$, $p<0,01$. Из 29 больных СД2 в первые 6 часов госпитализации умерло 8 (27,6%) человек, 6-24 часа – 5 (17,2%), более суток – 3 (10,3%). Из 34 больных с нормальным УО в первые 6 часов госпитализации умерло 6 (17,6%) человек, 6-24 часа – 4 (11,7%), более суток – 4 (11,7%). Ввиду малой выборки пациентов не прослеживалось достоверной разницы по количественному составу подгрупп.

Заключение:

В стационаре не оснащенным оборудованием для выполнения интервенционных методов лечения у больных СД2 с ОИМнСТ передней локализации осложненным ОЛ и госпитализированных в стационар за период 12 до 24 часов от развития ангинозного приступа летальность составила 55,2%, что достоверно чаще по сравнению с больными имеющими нормальный УО – 41,2%. Летальность в первые 6 часов госпитализации была более высокая среди больных с СД2 (27,6%) по сравнению с нормальным УО (17,6%), $t=1,75$, $p<0,06$. При анализе сроков летальности в стационаре в период 6-24 часов и более 24 часов от момента госпитализации, ввиду малой выборки пациентов не прослеживалось достоверной разницы по количественному составу подгрупп.

8.16. ЛЕЧЕБНЫЙ НАРКОЗ КСЕНОНОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ШЕБЗУХОВА Е. Х., Молчанов И. В., ПОТИЕВСКАЯ В. И.

ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Цель работы – определение эффективности лечебного наркоза ксеноном у больных острым коронарным синдромом.

Материал и методы:

Пролечены 65 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). Лечебное воздействие ксеноном осуществлялось с помощью терапевтического контура «КТК-01». Продолжительность каждого сеанса: 15 - 40 мин., количество сеансов: 3 - 5. Концентрация Хе во время сеансов: 25 - 50%. У всех пациентов во время сеанса проводилось мониторирование АД, ЧСС, сатурации кислорода (SpO_2), транскутанного напряжения кислорода (pO_2) и углекислоты (pCO_2). Регистрировались показатели центральной гемодинамики (ЦГ). Лабораторные методы исследования включали определение уровня тропонина Т, КФК, КФКМБ.

Результаты:

После курса лечения, у всех пациентов был полностью купирован болевой синдром. Достоверных изменений ЧСС и АД не было в течение всего времени ксенон-кислородной ингаляции (ККИ), что свидетельствует о безопасности данного воздействия. По данным мониторирования ЦГ удалось выявить увеличение ударного объема (УО) по-сле окончания сеанса дыхания ксеноном и сердечного индекса (СИ) на 30-ой минуте ККИ, а также снижение общего периферического сопротивления (ОПСС). Достоверно возростала SpO_2 , что сопровождалось значительным увеличением pO_2 в артериализированной крови, pCO_2 в крови не менялось. Выявлено достоверное снижение исходно повышенных ферментов: КФК, КФКМБ, ЛДГ к 3 суткам наблюдения, уровень тропонина Т

достоверно не изменился.

Заключение:

Выявлен положительный эффект лечебного наркоза Хе на клиническое состояние больных ОКС. ККИ не оказывают неблагоприятного влияния на АД, ЧСС, увеличивают SpO_2 , не изменяют pCO_2 и увеличивает pO_2 . Хе увеличивает СВ, снижает ОПСС, а также приводит к более быстрой динамике маркеров повреждения миокарда по сравнению с традиционным лечением.

8.17. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МАЦКЕВИЧ С. А., БАРБУК О. А., БЕЛЬСКАЯ М. И.,
СЕРЧЕНЯ Т. С., КАРПОВА И. С., СОЛОВЕЙ С. П.

РНПЦ «Кардиология», Институт биоорганической химии НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Выявление нарушений функции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследовано 36 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН ФК III (по NYHA), средний возраст пациентов $58,8 \pm 0,86$ года. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Биохимические исследования проводили на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (нормальные значения $0,57-1,05$ мг/л), концентрацию креатинина – с использованием наборов Bskman (норма $44,0-110,0$ мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина (в мл/мин/1,73 м²) определяли по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С – по формуле: СКФ (мл/мин/1,73м²) = $-4,32 + 80,35/\text{цистатин С}$. Для определения микроальбуминурии (МАУ) в моче использовался анализатор Olympus, микроальбумин – OSR 6167, для количественного определения альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М. Значение А1М выше 12 мг/л считалось патологическим.

Результаты:

Средние значения креатинина и цистатина С не превышали их нормальных значений: $100,3 \pm 4,29$ мкмоль/л и $0,94 \pm 0,03$ 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 $83,7 \pm 3,75$ и $82,8 \pm 3,19$ мл/мин/1,73 м². Умеренное снижение СКФ по цистатину С (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²) отмечалось у 13,8%, легкое снижение (СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²) – у 58,3% пациентов. Таким образом, большинство пациентов с ХСН ФК III (72,1%) имели легкое или умеренное нарушение клубочковой фильтрации, т.е. наличие хронической дисфункции почек. Повышенный уровень А1М в моче выявлен у 38,8% пациентов, МАУ – в 16,7% случаев.

Заключение:

Таким образом, у большинства обследованных пациентов с ХСН ФК III выявлено нарушение клубочковой фильтрации

при отсутствии первичной почечной патологии. Содержание А1М в моче отражает тяжесть и степень поражения почечных канальцев, увеличение его концентрации указывает на умеренные и обратимые изменения, не связанные с нарушением гистоморфологического строения почек. Результаты исследования позволяют рассматривать цистатин С как более точный и ранний, чем креатинин, маркер нарушения функции почек, а А1М как ранний чувствительный маркер доклинической патологии почек, его увеличенная экскреция с мочой предшествует повышению уровней сывороточного креатинина. Возможно, что тесная взаимосвязь нарушений функции почек с тяжестью клинического состояния пациентов с ХСН частично объясняет роль дисфункции почек как фактора прогрессирования этого заболевания.

8.18. НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Расулова З. Д.

РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
МЗ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить динамику уровней мозгового натрийуретического пептида Nt-proBNP (МНУП), альдостерона (Аль) и норадреналина (НА) в сыворотке крови у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II и III функциональных классов (ФК) в зависимости от применения β -блокаторов, антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА) или ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ).

Материал и методы:

Были обследованы 46 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с ХСН с ФК II (23 больных) и ФК III (22 больных). Больные в течение 6 месяцев принимали на фоне стандартной терапии β -блокаторы (бисопролол в дозе 5-10 мг) и лизиноприл (10-20 мг) или лозартан (50-100 мг).

Результаты:

При ХСН наблюдалось достоверное увеличение уровня МНУП, НА и Аль в плазме крови и коррелирует с прогрессированием заболевания, при этом у больных со II ФК преобладают средние уровни нейrogормонов, а у больных с III ФК высокие уровни этих показателей. У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП и Аль на 187%, 30% и на 36% ($p < 0,001$), а у больных III ФК на 330%, 56% и 66,3% ($P < 0,001$) соответственно по сравнению с контрольной группой. Повышение активности двух и более нейrogормонов (МНУП, Аль и НА) у пациентов с повышенным содержанием НА или двух и более изученных нейrogормонов фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) к 6 месяцу достоверно не изменялась. У больных с недостоверным увеличением нейrogормонов или повышением только одного из указанных нейrogормонов отмечается достоверное ($P < 0,05$) увеличение ФВ ЛЖ через 6 месяцев лечения по данным эхокардиографии.

Заключение:

Комбинированная терапия β -блокаторами и иАПФ или АРА позволила добиться отсутствия увеличения активности изученных нейrogормонов и достоверно более низкому содержанию НА через 6 месяцев лечения. Не отмечено достоверных отличий в группах больных принимавших, лозартан

или лизинокор на динамику уровня нейrogормонов (НА, МНУП и Аль).

8.19. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФЕНОМЕНА НЕВОССТАНОВЛЕННОГО КРОВОТОКА

Полонецкий Л. З., Денисевич Т. Л., Савенко С. А.,
Стельмашок В. И., Полонецкий О. Л., Романовский Д. В.

РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Материал и методы:

Под наблюдением находилось 167 пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, возникшего ≤ 6 часов от начала заболевания. При проведении реперфузионной терапии с использованием чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) 47 пациентам внутривенно в течение 10-15 мин. вводили 40 мкг Алпростадил (синтетический аналог простагландина E1). 63 пациентам ЧКВ выполнялось без добавления Алпростадил (А). Медикаментозная реперфузия проводилась редуцированной (750 000 МЕ) дозой стрептокиназы в сочетании с однократным введением 40 мкг А. у 22 пациентов и без добавления А. у 35. Критерии эффективности: по данным ЭКГ-редукция сегмента ST более чем на 50% к 90 минуте от начала реперфузионной терапии. По данным КАГ-увеличение миокардиального кровотока (MBG) до уровня 2-3 степени контрастирования миокарда при TIMI flow 2-3 степени.

Результаты:

Частота формирования ФНБК при выполнении стандартным ЧКВ составила $12,8 \pm 3,45\%$ (95% ДИ 5,94-19,66), при ЧКВ с предварительным введением А. - $2,1 \pm 2,09\%$ (95% ДИ 0-6,2%). Шанс формирования ФНБК при стандартном ЧКВ составил 1 к 6,7, при ЧКВ с А. - 1 к 46. С учетом отношения шансов введение 40 мкг А. при ЧКВ снижало вероятность развития ФНБК в 6,7 раза ($p = 0,036$). При ТЛТ с А. частота формирования ФНБК составила 18,2%, при стандартной ТЛТ - 40,0%. Шанс формирования ФНБК при выполнении стандартной ТЛТ составил 1 к 1,5, при ТЛТ с А. - 1 к 4,5. При введении 40 мкг А. во время ТЛТ наблюдалась тенденция к снижению развития ФНБК в 3,0 раза ($p = 0,069$). При реперфузии с А. количество коронарных событий к 30 суткам (рецидив ИМ, экстренное ЧКВ) составило 8 случаев против 17 при реперфузии без добавления А.

Заключение:

Применение А. при реперфузионной терапии ОИМ позволило не только снизить частоту ФНБК, но и уменьшить число ранних осложнений, связанных с ФНБК.

8.20. ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ ПАЦИЕНТАМИ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ X

Петрова В. Б., Петрова А. Б.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/задачи):

Кардиальный синдром X является формой ИБС в основе которой лежат микроваскулярные нарушения. Диагностика заболевания затруднена в связи с необходимостью доказательств нарушения перфузии миокарда, с одной стороны, и особенностями болевого синдрома - с другой.

Материал и методы:

Цель исследования: настоящей работы явилось оценить объективную ноцептивную чувствительность у пациентов с кардиальным синдромом X и изучить их психологические особенности личности использованием психометрических тестов Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина, Бека, личностный опросник Айзенка. Для определения порога боли у пациентов с безболевым ишемией (БИМ) и кардиальным синдромом X (КСХ) нами был использован метод ноцептивного флексорного рефлекса (НФР) при электростимуляции икроножного нерва (Nicolet Viking (USA)). Материалы и методы: в исследование были включены 35 пациента от 41 до 73 лет (средний возраст $58 \pm 1,3$ лет), из них 26 женщин (74,3%) и 9 мужчин (25,7%). Болевым синдром в грудной клетке отмечался у всех 35 больных.

Результаты:

При исследовании НФР у пациентов с КСХ по группе в целом были выявлены снижение порога боли (Пб), порога рефлекса (Пр) и соотношения (Пб/Пр) по сравнению со здоровыми испытуемыми: Пб равнялся $11,2 \pm 1,3$ мА; Пр = $13,2 \pm 1,4$ мА; Пб/Пр = $0,84 \pm 0,09$. У здоровых испытуемых соответствующие характеристики составили: Пб = $15,6 \pm 1,6$ мА; Пр = $16 \pm 1,2$ мА; Пб/Пр = $0,98 \pm 0,1$. По данным теста Спилберга-Ханина в среднем по группе определялся высокий уровень реактивной (РТ) ($46,71 \pm 1,77$ баллов) и личностной (ЛТ) ($49,54 \pm 1,85$ баллов) тревоги. У пациентов с КСХ в целом отмечается высокий и средний уровень нейротизма (эмоциональной нестабильности) по тесту Айзенка- $14,06 \pm 0,8$ баллов. При анализе психологического статуса у больных с применением опросников Бека у большинства пациентов с КСХ (77,14%) депрессия отсутствовала ($6,14 \pm 0,71$ баллов), у 8 (22,86%) из 35 пациентов была выявлена легкая степень депрессии. Корреляционный анализ показал что, у больных с кардиальным синдромом X отмечается значимая прямая связь между показателями личностной и ситуационной тревожности и депрессивными расстройствами ($p < 0,01$). Была показана достоверная значимая связь высокого уровня нейротизма и показателей, характеризующих наличие тревоги (реактивной и личностной) и депрессии (0,7, 0,83 и 0,57, $p < 0,01$).

Заключение:

У пациентов с КСХ отмечается снижение болевого порога. Данные исследования показали наличия у больных КСХ прямой взаимосвязи между субъективными оценками общей интенсивности болевого синдрома и силой аффективных переживаний, связанных с наличием болевого синдрома.

8.21. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ РИГИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ермакова Т. И., Кошелева Н. А.

ГУЗ ОКБ, СГМУ им. В.И.Разумовского,
г. Саратов, Россия

Введение (цели/задачи):

Определить особенности изменения ригидности артериальной стенки и функции эндотелия у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы:

В исследование включены 22 больных с ОКС, фракцией выброса левого желудочка более 45%. Средний возраст пациентов составил $55,8 \pm 5,4$ года. Критерии исключения: возраст

менее 35 лет и более 75 лет; не достижение целевого уровня артериального давления, хроническая дыхательная недостаточность 2-3 степени, хроническая почечная недостаточность II-III стадии, обострение хронических процессов в момент исследования. При поступлении в стационар пациентам проводилось общеклиническое обследование, оценка ригидности артерий с помощью артериографа TensioClinic (TensioMed, Венгрия), вазорегулирующей функции эндотелия при проведении фотоплетизмографии в пробах с реактивной гиперемией на аппарате AngioScan (ООО Ангиоскан, Россия). В соответствии с правилами этической комиссии больные обследуются анонимно, каждому присваивается индивидуальный код.

Результаты:

У больных с ОКС выявлено повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте (СПВА) $10,36 \pm 2,19$ мс, брахиальный индекс аугментации не превышает границы нормы ($-4,73 \pm 28,96\%$), аортальный индекс аугментации (ИА) на нижней границе нормы ($22,2 \pm 19,7\%$), повышение площади систолического компонента пульсовой волны и уменьшение времени возврата пульсовой волны, снижение площади диастолического компонента пульсовой волны по сравнению с показателями лиц группы контроля ($p < 0,05$). При пробе с реактивной гиперемией было выявлено снижение вазодилатирующей активности эндотелия (повышение индекса жесткости и индекса отражения $70,18 \pm 6,6\%$).

Заключение:

Одним из факторов ухудшения диастолической функции левого желудочка у больных ОКС является прогрессирование нарушений ригидности артериальной стенки и снижение вазодилатирующей активности эндотелия.

8.22. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДОВ ПЕРВИЧНОГО И ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Носович Д. В., Яковлев В. В., Сотников А. В.

Военно-медицинская академия,
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – изучение зависимостей наличия артериальной гипертензии (АГ) и особенностей клинического течения инфаркта (ИМ) у мужчин моложе 60 лет.

Материал и методы:

В исследование вошли 505 мужчин с первичным (258) и повторным ИМ (247). Их разделили на 2 группы: с АГ (343) и нормальными уровнями артериального давления (АД) (162). При оценке анамнеза заболевания обращали внимание на наличие и выраженность наиболее значимой совокупности факторов риска развития ИБС, вариантов клинического течения и осложнений заболевания. Для определения связи между качественными или порядковыми признаками использовали анализ таблиц сопряженности с помощью критерия хи-квадрат. При слабонасыщенности таблиц сопряженности (теоретические частоты менее 3), применяли методику «склеивания» строк, что позволяло остаться в пределах применения критерия. Для анализа таблиц сопряженности размерности 2×2 применяли точный тест Фишера. Проверка гипотез о значимом различии частоты встречаемости фак-

торов риска в независимых группах выполняли путем расчета *t*-критерия Стьюдента, с применением *φ*-преобразования Фишера при значениях *P* менее 0,25 и более 0,75.

Результаты:

При использовании таблиц сопряженности выявлена достоверная независимость признаков наличия АГ и сезонности возникновения ИМ, неблагоприятного исхода в остром периоде заболевания, глубины (наличия зубцов *q* на электрокардиограмме), локализации и наличия осложнений ИМ. При этом выявлены статистически достоверные зависимости наличия АГ и кратности инфарктов миокарда (в группе больных с АГ – чаще повторные ИМ), общей длительности ИБС (при наличии АГ и повторных вариантах заболевания она оказалась выше), варианта начала заболевания (начало ИБС с нарушений сердечного ритма чаще отмечали больные повторным ИМ без АГ). Отмечено также, что на связь начала ИМ с нервно-эмоциональным стрессом чаще указывали пациенты с повторным ИМ без АГ, с физическими перегрузками – пациенты с повторными ИМ (как с АГ, так и без АГ), с гипертоническим кризом – пациенты первичным и повторным ИМ и АГ, резкими колебаниями гелио- и метеофакторов – пациенты с первичным ИМ без АГ и повторным ИМ и АГ. В последнем случае чаще эту связь отмечали пациенты первичным ИМ ($p < 0.05$). Кроме этого обнаружено, что большинство больных АГ и первичным ИМ до развития заболевания не лечились или лечились эпизодически ($p < 0.05$). При повторных ИМ низкую приверженность к лечению наблюдали достоверно чаще в группе больных ИМ и нормальным уровнем АД. При анализе таблиц сопряженности не получено достоверной взаимосвязи наличия АГ и известных вариантов клинического течения ИМ. При оценке частоты встречаемости вариантов заболевания в группе первичных ИМ в большинстве случаев отмечали классический ангинозный вариант течения. В группе повторных ИМ чаще выявляли атипичные формы и сочетания классических форм с различными проявлениями сердечной недостаточности ($p < 0.05$). Абдоминальный вариант ИМ достоверно чаще выявляли в группе больных первичными ИМ и нормальным уровнем АД. Безболевого варианты оказались более характерны для группы больных повторным ИМ и АГ ($p < 0.05$). Не выявлено достоверных зависимостей наличия АГ и угрожающих жизни нарушений сердечного ритма (фибрилляция и трепетание желудочков, желудочковые и наджелудочковые тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий) и проводимости в остром периоде заболевания (атриовентрикулярные блокады 1 и 2 степени, полная блокада левой ножки пучка Гиса). Однако такие зависимости получены для полных атриовентрикулярных блокад и брадикардий (более характерны для первичного ИМ и нормального уровня АД), выявления электрокардиографических признаков гипертрофии левого желудочка (более характерны для пациентов с АГ) и полной блокады ножек пучка Гиса (НПГ). В то время как полную блокаду левой НПГ чаще выявляли у больных первичным ИМ и АГ, блокада правой ножки пучка Гиса оказалась более характерной для больных повторным ИМ и нормальным уровнем АД. Не выявлено статистической взаимосвязи между наличием АГ и отдельными осложнениями заболевания (кардиогенный шок, отек легких, аневризмы, перикардиты, тромбозы левого желудочка, осложнения со стороны пищеварительной системы, нарушений мочеиспускания, синдромы Дресслера, психические нарушения, пневмонии). Однако она получена для различных видов тромбоэмболий, которые оказались более характерны для

больных ИМ и нормальным уровнем АД.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о том, что при первичном ИМ к моменту начала заболевания большинство больных с АГ уже имеют значимые электрокардиографические признаки ремоделирования миокарда. Несмотря на это, у больных ИМ и АГ не отмечено увеличения числа осложнений, связанных с электрической нестабильностью миокарда. Для больных с первичным ИМ и АГ отмечена низкая приверженность к лечению, в то время как при повторных ИМ она характерна для больных с нормальным уровнем АД. Несмотря на это общее число, и частота выявления отдельных видов осложнений заболевания в исследуемых группах в зависимости от наличия АГ существенно не отличается. Распределение вариантов течения заболевания в значительно большей степени зависело от кратности ИМ, чем от наличия АГ. С точки зрения возникновения заболевания больные АГ более устойчивы к эмоциональным стрессам, в сравнении с пациентами с нормальным уровнем АД. Однако они более зависимы от изменений уровней АД как при первичном, так и повторном ИМ, и предъявляют «метеочувствительность» при повторных ИМ.

8.23. ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Алтунина Н. В.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности ремоделирования левого желудочка у больных ИБС, сочетанной с СД 2 типа.

Материал и методы:

Обследовано 87 больных (средний возраст – $60,21 \pm 0,87$ г.), из которых 31 – пациенты с ИБС, которые перенесли ИМ в анамнезе и болеют СД 2 типа (основная группа), 29 больных с перенесенным ИМ без СД и 27 – пациенты с изолированным СД 2 типа. Эхокардиографическое исследование проводили по общепринятой методике на аппарате «Aloka SSD-5000» (Япония, 2003). Достоверность различий при сравнении средних значений определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты:

Оценивая типы ремоделирования ЛЖ в основной группе пациентов, выявлено, что представлены все 4 варианта геометрии сердца, однако наиболее часто регистрируется концентрическая гипертрофия ЛЖ – у 18 пациентов (54,5%). Далее по частоте встречаемости – эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (7 пациентов (21,2%)). Вариант концентрического ремоделирования ЛЖ отмечался у 6 больных (18,2%), а нормальная модель сердца определена у 2 обследованных лиц основной группы (6,1%). В группе постинфарктных больных без СД также доминировали лица с концентрической гипертрофией ЛЖ – 13 больных (44,8%). Пациенты с эксцентрическим вариантом гипертрофии ЛЖ встречались реже, чем в основной группе, и составили 10,4% – 3 пациента ($p < 0,2$). Концентрическое ремоделирование и нормальная модель ЛЖ выявлены у 8 (27,6%) и 5 (17,2%) больных соответственно. Среди больных СД 2 типа без ИМ в анамнезе, как

и в других обследованных группах, преобладали пациенты с концентрической гипертрофией ЛЖ – 15 больных (55,6%), в то время как концентрическое ремоделирование наблюдалось у 8 пациентов (29,6%). Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ и нормальная геометрия сердца встречались у равного количества пациентов – по 2 больных (11,1%). При этом отмечена тенденция к меньшему количеству больных с эксцентрической гипертрофией ЛЖ в данной группе по сравнению с основной группой ($p < 0,2$).

Заключение:

Концентрическая гипертрофия ЛЖ является наиболее частым вариантом ремоделирования ЛЖ у больных ИБС, сочетанной с СД 2 типа.

8.24. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДКМП

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

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. Ташкент, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Оценить клиничко-функциональное состояние и особенности течения сердечной недостаточности (СН) у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы:

Обследовано 354 больных с ДКМП осложненной СН II-IV ФК по NYHA. Из них в исследование включено 289 пациентов в возрасте от 16 до 60 лет (ср. возраст $40,5 \pm 0,1$), обоего пола. Всем больным проводились: ЭКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, эхокардиография, 6-минутный прогулочный тест, рентгенокардиометрия. Давность заболевания составила $10,5 \pm 0,8$ месяцев.

Результаты:

ДКМП среди мужчин встречалась в 3 раза чаще, чем среди женщин (75,4% и 24,5%; $p = 0,001$). Заболевание достоверно чаще регистрировалось в возрасте от 30 до 50 лет (67,1% против 31,8%; $p = 0,001$). При анализе дебюта заболевания было выявлено, что 94 (32,5%) пациентов связывали его развитие с перенесенной острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ); в 103 (35,6%) случаях этиологию заболевания осталась невыясненной; в 45 (12,7%) случаях ДКМП развилась после родов, семейная форма патологии выявлена у 47 (13,2%) пациентов. Следует отметить, что средний возраст больных с семейной формой составил $36,2 \pm 1,6$ лет и был достоверно ниже, чем при несемейной форме, соответственно составивший $40,1 \pm 0,9$ ($p = 0,03$). Анализ данных рентгенокардиометрии выявил, что венозный застой в легких наблюдался в 241 (83,3%) случаях. Кардиоторакальный индекс (КТИ) в среднем составил $63,2 \pm 0,1\%$. Увеличение КТИ первой степени (до 55%) отмечалось у 12 (4,1%) больных, второй степени (56-60%) – у 64 (22,1%), третьей степени (свыше 60%) – достоверно чаще, у 213 (73,7%) пациентов ($p = 0,001$). При первичном обращении, признаки СН регистрировались в 97,9% случаев, при этом большинство больных имели III (38,7%) и IV (44,5%) ФК СН по NYHA ($p = 0,001$), несмотря на короткую давность заболевания. Следует отметить, что в 6 (2,1%) случаях ДКМП была диагностирована на преклинической стадии у родственников больных, находившихся под наблюдением.

Заключение:

ДКМП значительно чаще встречается у мужчин, в возрасте от 30 до 50 лет. Сердечная недостаточность и кардиомегалия в большинстве случаев были первыми признаками заболевания. Обследование родственников позволяет выявить заболевание на доклинической стадии.

8.25. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ТУЛЕ: КТО БЫЛ В ЗОНЕ РИСКА В 2013?

ВЕНЕВЦЕВА Ю. Л., ГОМОВА Т. А., ФЕДОТОВА Е. Е., МЕЛЬНИКОВ А. Х.

ФГБОУ ВПО "ТУЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ",
ТУЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА,
ОБЛАСТНОЙ КДЦ, г. Тула, Россия

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явился сравнительный анализ 190 пациентов (111 мужчин и 79 женщин), прошедших стационарное лечение в городской больнице №1 г. Тулы по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) в 2013 году.

Материал и методы:**Результаты:**

36% мужчин (М) были в возрасте 51 – 60 лет, 26,1% – 71 – 80 лет и 23,4% – 61-70 лет, однако у 2 пациентов ОКС развился в возрасте 30 – 40 лет (1,8%), у 7 – от 41-50 лет (6,3%). Пик ОКС у женщин (Ж) пришелся на возрастную группу 71-80 лет (41,8%), а в группу 51-60 лет относились только 10,8% пациенток. Работали 36,0% М и только 8,9% Ж ($P < 0,01$). У 25,2% М и 15,2% Ж был ОИМ с подъемом ST, у 24,3 М и 34,2% Ж – ОИМ без подъема ST; нестабильная стенокардия – в 50,5% и 50,6% случаев. Все пациенты лечились консервативно. Умерли 5,4% М и 8,9% Ж, все – от ОИМ с подъемом ST. Ранее перенесли ОИМ 33,3% М и 31,6% Ж., ОНМК – соответственно 9,0 и 5,1%. Следует отметить относительно низкую распространенность курения (36,0% М и 2,5% Ж; $P < 0,001$), ожирения (27,9% М и 50,6% Ж; $P < 0,05$) и злоупотребления алкоголем (8,1% М). Сахарным диабетом страдали 14,4% М и 32,9% Ж ($P < 0,01$). Низкую физическую активность отметили 42,3% М и 84,8% Ж. Артериальная гипертензия (АГ) ранее была диагностирована у 76,6% М и 94,4% Ж, наиболее часто – длительностью до 10 лет у М (60,0%) и свыше 20 лет – у Ж (37,3%). Обращает на себя внимание факт относительно высокой приверженности пациентов к регулярному лечению АГ (61,4 и 63,0%). Изменения липидного профиля встречались относительно нечасто: общий холестерин был повышен у 51,4% М и у 45,6% Ж, ЛПНП – у 36% М и у 31,6% Ж, снижение ЛПВП наблюдалось только у 1 М.

Заключение:

Таким образом, ведущим фактором риска ОКС у жителей Тулы является АГ, а у женщин – также и метаболический синдром (ожирение, сахарный диабет), у 50% – дислипидемия. Можно предположить, что обучение пациентов регулярному самоконтролю АД, особенно утром и вечером с последующим внесением, при необходимости, изменений в расписание приема препаратов будет способствовать снижению частоты ОКС.

8.26. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Максимкин Д. А., Шугушев З. Х., Петров А. С.

ФГБОУ ВПО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ», Москва, НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва, Кардиодиспансер, г. Сыктывкар, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность и безопасность современных методов медикаментозного обеспечения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы:

В исследование отобрано 202 пациента. В ходе рандомизации включено 180 пациентов, которые были разделены на 3 группы. В I группу вошли 48 пациентов, оперированных по поводу ОКС с подъемом сегмента ST в ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» с использованием во время операции бивалирудина. Во II группу вошли 54 пациента, оперированные по поводу ОКС в Кардиодиспансере г. Сыктывкара, которым во время операции применяли препарат монофрам. Группа контроля анализировалась ретроспективно и составила 78 пациентов, у которых ЧКВ проводилось с использованием нефракционированного гепарина. У 32 больных на догоспитальном этапе выполнялся тромболитический препаратом актилизе. Антиагрегантные препараты в комбинации 75мг кардиомагнила и 75мг клопидогрела получали 146(81,1%) пациентов, а остальные 34 (18,9%) пациента получали антиагрегантные препараты в комбинации 75мг кардиомагнила и 90мг тикагрелора. Всем пациентам до операции оценивался риск развития кровотечения по шкале CRUSADE. В контрольной и I группе всем пациентам были имплантированы стенты с лекарственным покрытием, а во II группе – голометаллические стенты. Непосредственные и среднеотдаленные (с 6 до 8 месяцев, среднем $6,2 \pm 1,4$ месяцев) результаты лечения оценивали по следующим критериям: частота сердечно-сосудистых осложнений (смерть, инфаркт миокарда, повторные вмешательства), частота развития кровотечений в послеоперационном периоде.

Результаты:

По результатам коронарографии однососудистое поражение встречалось у 26, 29 и 47 пациентов соответственно в трех группах, многососудистое поражение у 7, 11 и 7 пациентов соответственно, бифуркационные поражения у 11, 14 и 17 пациентов соответственно ($p > 0,05$), поражения ствола ЛКА у 4, 0 и 7 пациентов соответственно ($p > 0,05$). Согласно шкале GRACE, 84 пациента (31,8%) имели высокий риск развития неблагоприятных сердечно – сосудистых осложнений ОКС. Технический успех вмешательства, достигнут у 151 (94,3%) пациентов. Выживаемость пациентов на госпитальном этапе составила 96,2%. Частота кардиальных осложнений (МАСЕ) на госпитальном этапе составила 6,9%, которые преимущественно отмечены у пациентов II и III группы. Повторные вмешательства выполнялись у 9 пациентов (1,8%), которые вошли в III группу. В I группе мы не наблюдали кровотечений и сердечно – сосудистых осложнений, как на этапе госпитализации, так и в отдаленном периоде. Частота кровотечений во II и III группах составила 14,8 и 8,1% соответственно ($p < 0,05$). Отдаленные результаты в целом прослежены у 110 пациентов – 37, 38, 35 соответственно каждой группе. Выживаемость в отдаленном периоде составила 100%. Не-

благоприятные сердечно – сосудистые осложнения (МАСЕ) отмечены у пациентов из II группы, частота которых составила 18,4% ($p < 0,0001$), преимущественно за счет повторных вмешательств у больных, которым имплантированы голометаллические стенты.

Заключение:

Использование современных антитромботических препаратов (бивалирудин) во время чрескожных коронарных вмешательств у больных ОКС способствует достоверному улучшению непосредственных и отдаленных результатов эндоваскулярного вмешательства, что отразилось на отсутствии послеоперационных кровотечений («больших» и «малых») и неблагоприятных кардиальных осложнений, по сравнению с пациентами, у которых применялись нефракционированный гепарин и монофрам.

8.27. ОЦЕНКА УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Брежнева Е. Б., Любоява А. В.

ГУ "Луганский государственный медицинский университет", г. Луганск, Украина

Введение (цели/задачи):

Определить диагностическую значимость высокочувствительного тропонина Т при фибрилляции предсердий (ФП) у больных нестабильной стенокардией (НС).

Материал и методы:

Обследовано 142 больных НС. У 105 (1-я группа) диагностирована НС с синусовым ритмом (женщин – 43, средний возраст – 63 года, мужчин – 62, средний возраст – 56 лет). Вторая группа – 37 больных НС с ФП (женщин – 24, средний возраст – 73 года, мужчин – 13, средний возраст – 65 лет). Высокочувствительный тропонин Т (ТрТ) определялся методом электро-хемилюминесценции «Cobase-411» Рош Диагностик. Верхний предел нормы (99-й перцентиль) для тропонина Т – 14 пкг/мл. Пограничный уровень – (99-я перцентиль $\times 2$). Для сравнения показателей ТрТ двух групп был использован критерий Стьюдента. Связь между показателями ТрТ и ФП оценивали с помощью бисериального коэффициента корреляции. Для вычисления достоверности диагностического теста использовалась четырехпольная таблица. Вероятность изменения Тр при НС с ФП определялась с помощью таблицы интерпретаций различных отношений правдоподобия.

Результаты:

При сравнении ТрТ у больных НС с синусовым ритмом ($13,1 \pm 0,52$ пкг/мл) и больных НС с ФП ($17,76 \pm 1,02$ пкг/мл) выявлено статистически значимое различие ($p < 0,001$). Связь между показателем Тр и ФП была слабой, но статистически значимой. Бисериальный коэффициент оказался равен 0,35. Доля повышенного ТрТ в группе больных НС с ФП (чувствительность) составила 68%, доля негативных результатов теста в группе больных НС с синусовым ритмом (специфичность) составила 61%. Прогностическая ценность положительного результата – 38%, прогностическая ценность отрицательного результата – 84%, отношение правдоподобия для положительных результатов теста оказалось равным 1,74, что свидетельствует об увеличении вероятности повышения уровня ТрТ у больных НС с ФП, однако степень ее увеличения оценивается как минимальная

Заключение:

Таким образом, при ФП у больных НС ТрТ повышен достоверно ($p < 0,001$). Это повышение не выходит за пределы пограничного уровня высокочувствительного ТрТ (99-й перцентили $\times 2$). Пациентов с ФП и НС со значением ТрТ выше пограничного уровня следует относить к группе высокого риска (летальность – до 10% в первые 30 дней) и вести их согласно протоколам острого коронарного синдрома с положительными кардиомаркерами.

8.28. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КОМБИНАЦИЕЙ БИСОПРОЛОЛА С ЭНАЛАПРИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ И С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кошлатая О. В.

ГУ РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Цель: Оценить влияние комбинации эналаприла и бисопролола на показатели систолической и диастолической функций ЛЖ, уровень систолического давления в легочной артерии (СДЛА), клинический статус у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН со сниженной и с сохраненной фракцией выброса (СФВ) левого желудочка и повышенным уровнем СДЛА.

Материал и методы:

Обследовано 42 пациента с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН со сниженной и с СФВ ЛЖ и повышенным уровнем СДЛА.

Результаты:

У пациентов с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ и повышенным уровнем СДЛА при применении бисопролола в комбинации с эналаприлом спустя 6 мес. достоверно увеличилась ФВ ЛЖ, уменьшились КДО и КСО ЛЖ, снизилось Е/А ($с\ 2,64 \pm 0,05$ до $2,15 \pm 0,06$, $p < 0,05$), увеличилось DT со $122,2 \pm 1,1$ мс до $136,7 \pm 1,6$ мс ($p < 0,05$). Положительные изменения систолических и диастолических показателей ЛЖ сопровождались достоверным снижением СДЛА с $46,1 \pm 1,3$ мм рт.ст до $39,4 \pm 0,5$ мм рт.ст. В группе пациентов с ХСН с СФВ ЛЖ и повышенным уровнем СДЛА, леченой комбинацией бисопролола с эналаприлом, произошли положительные изменения показателей диастолической функции ЛЖ (увеличилось DT ($p < 0,05$), снизилось отношение Е/А), что сопровождалось достоверным снижением СДЛА через 3 мес. и нормализацией – спустя 6 месяцев терапии. В группе пациентов с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ спустя 6 мес. от начала лечения показатель 6ТХ увеличился с $272,5 \pm 6,7$ м до $330,7 \pm 12,2$ м ($p < 0,05$), показатель КЖ снизился с $51,8 \pm 2,8$ до $40,6 \pm 2,1$ балла ($p < 0,05$). В группе пациентов с СФВ ЛЖ спустя 6 мес. от начала лечения показатель 6ТХ увеличился с $305 \pm 4,8$ м до $348,9 \pm 2,7$ м ($p < 0,05$), показатель КЖ снизился с $40,8 \pm 1,2$ до $33,5 \pm 2,5$ балла ($p < 0,05$). В обеих группах пациентов улучшение клинического состояния выражалось в уменьшении ФК тяжести СН спустя 6 мес. от начала терапии.

Заключение:

Применение у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН со сниженной ФВ ЛЖ и повышенным уровнем СДЛА, комбинированной терапии бисопроло-

лом и эналаприлом, приводит к улучшению систолической и диастолической функций ЛЖ и эффективно снижает уровень СДЛА, применение у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН с СФВ ЛЖ и повышенным уровнем СДЛА, комбинированной терапии бисопрололом и эналаприлом приводит к улучшению диастолической функции ЛЖ и эффективно снижает уровень СДЛА, что сопровождается увеличением толерантности к физической нагрузке, уменьшением ФК тяжести СН и улучшением КЖ пациентов.

8.29. ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
"Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние различных программ физической реабилитации на динамику переносимости психоэмоциональной нагрузки у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST после проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в остром периоде заболевания.

Материал и методы:

69 пациентов с ИМ, методом случайной выборки разделены на контрольную (КГ, $n=35$, средний возраст $52,8 \pm 1,2$) и основную (ОГ, $n=34$, средний возраст $50,3 \pm 1,3$) группы ($p > 0,05$). Медикаментозная терапия пациентов обеих групп не различалась. Физическая реабилитация пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу (ДХ). У пациентов ОГ использовалась разработанная сотрудниками лаборатории кардиологической реабилитации ГУ «РНПЦ «Кардиология»» дифференцированная программа физической реабилитации, включающая (кроме ЛГ и ДХ) физические тренировки (ФТ) на велотренажере. ФТ назначались дифференцированно, с учетом толерантности к физической нагрузке по данным диагностической спирометрии, проведенной накануне, а также с учетом определения реабилитационного класса состояния каждого конкретного пациента, в соответствии с разработанной нами реабилитационной классификацией. Пациентам, включенным в исследование, проведена информационная проба (ИП) (компьютерная игра – PENTIX), моделирующая психоэмоциональную нагрузку (ПЭН). ИП с контролем электрокардиограммы в 12 отведениях и реограммы грудной клетки проводилась по методике, разработанной в лаборатории реабилитации больных инфарктом миокарда БелНИИ кардиологии (Сидоренко Г.И. и соавт., 1985г.).

Результаты:

Во время I обследования, проводимого на 7-12 сутки после выполнения ЧКВ, психогенная ишемия миокарда отмечена у 40,7% пациентов КГ, и у 32,3% среди лиц ОГ, ($p > 0,05$). При II контрольном тестировании, выполненном через 3 месяца после включения в исследование, в КГ анализируемый показатель существенно не изменился и составил 32,3% ($p > 0,05$). В то же время у лиц ОГ отмечено достоверное снижение частоты развития ишемии миокарда в ответ на ПЭН от 32,3%

до 15,4%, ($p < 0,05$). Через 12 месяцев с момента рандомизации (III тест) среди пациентов КГ частота развития ишемии миокарда в ответ на ПЭН достоверно не изменилась по сравнению с I и II обследованиями и составила 20,8% ($p > 0,05$). Напротив, достигнутое во время II контрольного теста достоверное снижение частоты развития психогенной ишемии миокарда у лиц ОГ сохраняется и через 12 месяцев – 13,6%, ($p < 0,05$).

Заключение:

Применение разработанной дифференцированной программы физической реабилитации, предусматривающей использование динамических ФТ, у пациентов с ИМ, подвергшихся операции ЧКВ, позволяет достоверно повысить толерантность к ПЭН, что проявляется в снижении частоты развития ишемии миокарда в ответ на психоэмоциональную нагрузку.

8.30. ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНОМЕНОВ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕ- И ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У КРЫС С ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Юшкевич П. Ф., Висмонт Ф. И., Быкова О. Н.

УО "Белорусский государственный медицинский университет", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Исследования последних лет продемонстрировали, что размер инфаркта миокарда может быть значительно уменьшен при помощи ишемии конечности, не только предшествующей длительной ишемии миокарда – дистантное ишемическое прекондиционирование (ДИПК), но и осуществляемой через определенное время (10 мин) после начала реперфузии миокарда – дистантное ишемическое посткондиционирование (ДИПостК). Однако, остается неясной возможность данных феноменов оказывать противоишемическое действие при наличии сопутствующих заболеваний, в частности различных заболеваний печени. Целью исследования являлось выявление воспроизводимости противоишемического эффекта феноменов дистантного ишемического пре- и посткондиционирования у крыс с токсическим поражением печени.

Материал и методы:

Для изучения эффективности ДИПК и ДИПостК исследование проводили на 21 наркотизированных крысах-самцах линии Wistar с токсическим поражением печени (ТПП). Масса крыс составляла 200-250 г. TPP вызывали однократным интрагастральным введением животным 50% раствора тетрахлорметана (ТХМ), приготовленного на оливковом масле, в дозе 1 мл/кг в течение 5 дней. В качестве контроля использовали 21 крысу с аналогичными характеристиками, которым в течение 5 дней интрагастрально вводилось оливковое масло в дозе 1 мл/кг (крысы без TPP). В контрольной группе крыс с TPP выполняли 30-минутную окклюзию передней нисходящей коронарной артерии (ПНКА, контроль, $n=7$). Длительность реперфузии составляла 120 минут. Животные опытных групп с TPP (ДИПК, $n=7$ и ДИПостК, $n=7$) дополнительно подвергались воздействию 15-минутной окклюзии обеих бедренных артерий соответственно за 10 мин до и через 10 мин после 30-минутной ишемии миокарда. Аналогичные протоколы экспериментов выполнялись на крысах без TPP (контроль, $n=7$; ДИПК, $n=7$; ДИПостК, $n=7$). Зону риска определяли с помощью синьки Эванса. Для идентификации зоны некроза

использовали методику, основанную на определении активности дегидрогеназ. Зона риска определялась в % от массы левого желудочка, зона некроза – в % от зоны риска.

Результаты:

Статистически значимых различий между анализируемыми группами крыс с TPP и крыс без TPP по показателю размеров зоны риска в миокарде левого желудочка не выявлено ($p > 0,05$). Средняя зона некроза в контрольной группе крыс с TPP составила $42 \pm 4\%$ (у крыс без TPP – $44 \pm 5\%$). В группе крыс с TPP, в которой воспроизводился феномен ДИПК, формировался менее обширный некроз по сравнению с группой контроля – $24 \pm 2\%$ ($p < 0,01$). У крыс без TPP в группе ДИПК размер зоны некроза составил $19 \pm 2\%$ ($p < 0,01$). В группе крыс с TPP, в которой воспроизводился феномен ДИПостК, также отмечались меньшие размеры зоны некроза по сравнению с животными контрольной группы – $30 \pm 4\%$ ($p < 0,05$). У крыс без TPP в группе ДИПостК размер зоны некроза составил $20 \pm 3\%$ ($p < 0,01$).

Заключение:

Феномены дистантного ишемического пре- и посткондиционирования оказывают выраженный противоишемический эффект, ограничивая размер зоны некроза в миокарде левого желудочка крыс с токсическим поражением печени.

8.31. РЕДОКС-ПОТЕНЦИАЛ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ОТЯГОЩЕННОМ ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Буко И. В., Ковш Е. В., Мойсёенок А. Г., Мрочек А. Г.

РНПЦ «Кардиология», Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Окислительно-восстановительный баланс в системе кровообращения во многом предопределяет инициирование и развитие окислительного стресса (ОС), системной воспалительной реакции и угрозу фатальных осложнений при заболеваниях сердечно-сосудистого континуума. Роль эритроцитов (эритронов) в поглощении продуктов ОС, редокс-сигналировании и формировании окисленной микросреды предполагает изучение состояния редокс-потенциала системы глутатиона эритроцитов при отягощенном течении ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы:

В эритроцитах 35 пациентов с ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД2), 71 пациента с нестабильной стенокардией (НС) и 89 практически здоровых лиц (норма) исследовали содержание общего глутатиона (GSht) и глутатиона в окисленной форме (GSSG) ферментативным методом с помощью глутатионредуктазной реакции, рассчитывали концентрацию глутатиона в восстановленной форме (GSH), величину $2\text{GSH}/\text{GSSG}$ и редокс-потенциала (Eh), а также активность глутатионредуктазы (ГР) и глутатионпероксидазы (ГП).

Результаты:

Установлено, что в обеих клинических группах наблюдаются идентичные изменения показателей системы глутатиона, заключающиеся в падении содержания GSht, GSH, величины $2\text{GSH}/\text{GSSG}$ и Eh на 36 мВ ($p = 0,000$) при сочетании ИБС и СД2 и на 15 мВ ($p = 0,025$) при НС в сторону окисленного

состояния относительно нормы на фоне активации ГР и раз-
нонаправленном изменении активности ГП (увеличение при
НС, $p = 0,034$ и снижение при ИБС и СД2, $p = 0,000$).

Заключение:

Следовательно, показатели редокс-потенциала эритроцитов
могут быть оценены как предикторы угрозы фатальных ос-
ложнений и использованы, с учетом возможности модуля-
ции Eh и индуцируемости ГП, для контроля эффективности
комплексной терапии.

**8.32. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ И СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО
ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Эшпулатов А. С., Ахмедова Ш. С., Мадмусаева А. Р.,
Тригулова Р. Х., Шек А. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. Ташкент, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности состояния липидного обмена и резуль-
татов коронароангиографии у больных нестабильной стено-
кардией с дислипидемией IIA и IIB типа.

Материал и методы:

В исследование включены 88 больных с нестабильной стено-
кардией с дислипидемией (ДЛП, уровень ХС ЛПНП ≥ 100 мг/
дл), 71 - мужчины (80,7%) и 17 - женщины (19,3%); средний
возраст составил $54,8 \pm 8,7$ лет. Всем больным ЭхоКГ, выпол-
няли дуплексное сканирование сонных артерий, коронароан-
гиографию. Липидный спектр - общий холестерин, триглице-
риды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой (ХС ЛПВП),
очень низкой (ХС ЛПОНП), низкой (ХС ЛПНП) плотности,
уровень глюкозы, креатинфосфокиназы (КФК), ферментов
(АСТ, АЛТ) и др. определяли на биохимическом автоанализа-
торе «Randox» (Великобритания).

Результаты:

В исследование включены 88 больных с нестабильной сте-
нокардией с дислипидемией (уровень ХС ЛПНП ≥ 100 мг/дл),
поступивших в отделение ИБС РСЦК МЗ РУз в 2011-2012 гг.
Из них 71 мужчин (80,7%) и 17 женщин (19,3%). Средний
возраст больных $54,8 \pm 8,7$ лет. По результатам первичного
обследования все больные были разделены по уровню ТГ
на 3 группы: I-группа уровень ТГ < 200 мг/дл, II – группа уро-
вень ТГ ≥ 200 мг/дл, III – группа уровень ТГ ≥ 300 мг/дл. При
оценке исходных клинико-гемодинамических показателей
сравниваемые группы не отличались по поло-возрастным
характеристикам, наличию ГБ, инсульта и ОИМ в анамне-
зе, однако среди больных дислипидемией (ДЛП) IIB типа с
уровнем ТГ выше 300 мг достоверно чаще встречался са-
харный диабет и наблюдалась тенденция к большей вели-
чине ИМТ, в сравнении с группой больных с ДЛП IIA типа.
При сравнительной оценке липидного профиля, у больных
III группы, наряду с более высокими значениями уровня ТГ
($524,9 \pm 282,5$ $P < 0,00$) и ХС ЛПОНП ($95,9 \pm 59,8$ $P < 0,00$), что
было предопределено рандомизацией, отмечался досто-
верно более низкий уровень ХС ЛПВП ($36,2 \pm 11,9$, $P < 0,01$) и,
соответственно, более высокое значение коэффициента
атерогенности КА ($7,0 \pm 3,7$, $P < 0,01$) по сравнению с I груп-
пой, что свидетельствует о более высокой атерогенности
ДЛП. По результатам коронароангиографического иссле-
дования только у 6 из 88 обследованных больных с неста-

бильной стенокардией не было выявлено гемодинамически
значимых стенозов коронарных артерий. При этом предва-
рительные результаты указывают на более высокую частоту
многососудистого поражения у больных с ДЛП IIB типа – у 6
больных II и 6 III группы, всего у 12 (20,3%) из 59, тогда как
в I группе указанное поражение наблюдалось вдвое реже
– лишь у 3 (10,3%) из 29 обследованных, хотя различие
носило в целом недостоверный характер. Анализ локализа-
ционных поражений КА выявил, что у больных ДЛП IIB не-
сколько более встречалось поражение ПНА (70%) и в мень-
шей степени ПКА (44,8%), ОА (34,4%), у больных ДЛП IIA
поражение ПНА составил (63,3%), ПКА (56,6%), ОА (46,6%).

Заключение:

Таким образом, у больных с дислипидемией IIB типа досто-
верно чаще встречался сахарный диабет, был выше индекс
массы тела, и коэффициент атерогенности при достоверно
более низком значении холестерина липопротеидов высо-
кой плотности, в сравнении с пациентами имеющими IIA
тип. При этом у больных с дислипидемией IIB типа в 2 раза
чаще встречалось многососудистое поражение коронарных
артерий (20,3%), чем среди пациентов с дислипидемией IIA
типа.

**8.33. ЭПИЗОДЫ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ
МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС**

Бедельбаева Г. Г., Нурмаханова Ж. М.,
Мухамбетьярова С. А.

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА, г. Алматы, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить интенсивность ишемических изменений по резуль-
татам холтеровского мониторирования (ХМ) электрокарди-
ограммы (ЭКГ) у пациентов ишемической болезнью сердца
(ИБС).

Материал и методы:

Изучались результаты ХМ ЭКГ у 66 больных обоего пола
(средний возраст $56,5 \pm 1,5$ года) с клинически выраженной
ИБС, с инфарктом миокарда в анамнезе и без него. За 3
дня до исследования больные временно прекращали прием
лекарственных препаратов. Для сопоставления зарегистри-
рованной записи ЭКГ и действий, которые выполнялись во
время исследования, каждому больному во время ХМ было
предложено вести дневник, где отмечалась деятельность в
течение суток: ходьба быстрым шагом, подъем по лестнице,
жалобы, возникающие в течение суток (боль, одышка, уду-
шье, сердцебиение) и связь жалоб с физической нагрузкой.
Критерием ишемии миокарда при проведении ХМ ЭКГ были
взяты эпизоды депрессии сегмента ST ишемического типа
 ≥ 1 мм, имевшие отчетливую связь с двигательной активно-
стью больного, длительность каждого эпизода ишемии ми-
окарда > 2 мин, интервал между двумя эпизодами > 2 мин
(1:2:2). Учитывалось количество эпизодов депрессии сег-
мента ST за сутки, их продолжительность и выраженность,
соотношение болевых и безболевых эпизодов депрессии
сегмента ST.

Результаты:

По данным ХМ ЭКГ у больного, находящегося в состоянии
покоя, одновременно клинические и ЭКГ признаки ишемии
миокарда были зарегистрированы в 44,1% случаев, в 67,4%

случаев выявились только клинические признаки ИБС. При исследовании результатов ХМ при физической нагрузке пациентов, признаки ишемии миокарда выявились в 95% случаев. У 78% пациентов установлено сочетание ЭКГ признаков ишемии миокарда и клинического приступа стенокардии. Это подтверждает, что многие больные не доводят себя до приступа стенокардии из-за невысокой физической активности. У 48,8% больных ИБС были выявлены эпизоды преходящих ишемических изменений сегмента ST (снижение на 2—5 мм и более) без болевого синдрома. Подобная картина наблюдалась у больных ИБС и во время физической активности, и в самом начале нагрузки у 54% больных. Эпизоды безболевой ишемии миокарда чаще возникали утром. В результате исследований ХМ ЭКГ выявилось, что болевой симптом является недостаточным индикатором ишемии миокарда.

Заключение:

Обследование больных ИБС обязательно должно включать ХМ ЭКГ для своевременной диагностики ишемических изменений.

8.34. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАКРЫТУЮ МИТРАЛЬНУЮ КОМИССУРОТОМИЮ

Ходжакулиев Б., Оразлыева Б., Рахманова Дж.

Госпиталь с Научно-клиническим центром кардиологии, Туркменский Государственный Медицинский университет, г. Ашхабад, Туркменистан.

Введение (цели/задачи):

Цель работы: изучить влияние факторов риска на систолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных после закрытой митральной комиссуротомии (ЗМК).

Материал и методы:

Под наблюдением находились 115 больных после ЗМК в возрасте 40-69 (ср. возраст - $50,8 \pm 1,3$) лет, с недостаточностью кровообращения (НК) II-III стадии по NYHA. Из них 65 женщин, 50 мужчин. Больным проведены общеклинические, лабораторные, инструментальные (ЭКГ, ЭхоКГ, РгОГК) методы исследования. В зависимости от цели исследования, больные были разделены на 6 групп. 1 группу составили 36 (31,3%) пациентов с высоким артериальным давлением (АД ср. $-150,8 \pm 4,2$), 2-ую 79 (68,7%) пациентов с нормальным АД (ср. $-116,3 \pm 1,6$). В 3-ю группу включены 55 (47,8%) пациентов с наличием железодефицитной анемии (средний уровень гемоглобина (Hb) $94,2 \pm 6,3$ г/л), а в 4-ую группу 60 (52,2%) пациентов без анемии (ср. Hb $-131,7 \pm 2,7$ г/л). 5 группу составили 64 (55,6%) пациентов с мерцательной аритмией (МА), 6-ую - 51 (44,4%) пациентов с синусовым ритмом (СР). Сравнительный анализ проводился между больными 1-й и 2-й групп, 3-й и 4-й групп, а также между пациентами 5-й и 6-й групп.

Результаты:

В 1-ой группе, по сравнению с больными 2-ой группы, по данным ЭхоКГ отмечалось увеличение размеров ЛЖ: конечного диастолического размера (КДР) на 7%, конечного систолического размера (КСР) на 13%, конечного диастолического объёма (КДО) на 19%, конечного систолического объёма (КСО) на 28%. индекса сферичности (ИСс) в систолу на 6%, индекса сферичности и диастолу

(ИСд) на 2%, индексированной массы миокарда (ИММ) на 19%. Фракция выброса (ФВ) была снижена на 11% ($p < 0,01$). У пациентов, с наличием анемии (3-ая группа) было выявлено значительное увеличение размеров ЛЖ: КСР - $4,10,2$ см, КДР - $5,90,3$ см, КСО - 665 мл, КДО - 1725 мл, ФВ - 615% . У 11-ти больных 4-ой группы ФВ была снижена до 475% . В то же время, у больных 4-й группы на ЭхоКГ отмечалась незначительная дилатация ЛЖ: КСР - $3,70,2$ см, КДР - $5,70,2$ см, КСО - 545 мл, КДО - 1605 мл, ФВ - 665% . Сравнительный анализ ЭхоКГ данных левого желудочка (ЛЖ) по сердечному ритму в 5-ой и во 6-ой группах выявил, что у больных с МА показатели ЛЖ были намного выше, чем у больных с синусовым ритмом. У больных в 5-группе по сравнению с больными 6-группы параметры ЛЖ были увеличены на: КДР - 3% , КСР - 9% , КДО - 9% , КСО - 30% , ИСс - 18% , ИСд - 2% , ИММ - 8% .

Заключение:

Таким образом, такие факторы риска, как гипертония, мерцательная аритмия и анемия играют существенную роль в развитии декомпенсации сердечной недостаточности у больных после ЗМК. Это в свою очередь ухудшает послеоперационный прогноз у данной категории больных.

8.35. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

Ахмедова Д.М.

Туркменский государственный медицинский университет, г. Ашхабад, Туркменистан

Введение (цели/задачи):

Блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) по мнению некоторых авторов, является независимым предиктором смерти у больных с сердечной недостаточностью (СН). Учитывая, что у больных воспалительной кардиомиопатией (ВК), часто наблюдаются различные нарушения проводимости, мы проанализировали особенности течения СН у больных с блокадой ЛНПГ.

Цель работы: изучить особенности течения СН у больных с воспалительной кардиомиопатией на фоне БЛНПГ.

Материал и методы:

Обследованы: 50 больных с СН, из них 19 больных имевших БЛНПГ, (1 группа). И 31 пациентов с СН, без нарушения проводимости сердца, (2 группа). Диагноз ВК ставили на основании критерий экспертов ВОЗ (1995). Средний возраст в 1 группе составил ($36,7 \pm 1,1$ лет), во 2 группе ($32,5 \pm 1,0$ лет). В I гр. с I функциональным классом (ФК) СН было - 4 больных, со II ФК СН - 9 больных, III ФК СН - 6 больных. Во II гр. оценивались жалобы пациентов учитывались данные физикального обследования. Клинически тяжесть СН объективно определялась по шкале оценки клинического состояния в модификации В.Ю. Мареева (2000).

Результаты:

Структурно-функциональное состояние миокарда оценивалось с помощью ЭХОКГ исследования. На ранней стадии СН значимого различия между исследуемыми группами в параметрах миокарда и систолической функции не выявлено. По мере прогрессирования СН, у больных с блокадой ЛНПГ, по сравнению с больными без нарушений проводимости, отме-

чается статистически значимое увеличение толщины задней стенки ЛЖ и МЖП, большой индекс массы миокарда ЛЖ и размер ЛП. У больных полной БЛНПГ уже на ранней стадии отмечаются более выраженные признаки диастолической дисфункции миокарда, чем у больных СН без блокады (Е/А) в 1гр. составляет $0,98 \pm 0,02$ во 2гр. $0,5 \pm 0,03$ ($p < 0,05$). Уже при I ФК СН наблюдается «псевдонормализация» диастолы. А при II ФК СН диастолическое нарушения носит рестриктивный характер, то есть уже имеет место тяжелое нарушение расслабления миокарда. Следует отметить, что у пациентов с III ФК СН не наблюдается прогрессирующего нарушения диастолической функции, а выявлено «псевдонормализация» показателей.

Заключение:

Следовательно, учитывая выше изложенное, следует считать, что полная БЛНПГ и СН проводит не только к быстрому ремоделированию миокарда с нарушением систолической функции, но и к развитию ранней и тяжелой диастолической дисфункции миокарда.

9. АТЕРОСКЛЕРОЗ И ЛИПИДСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

9.1. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 С КОРОНАРНЫМ И КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ

Полупанов А. Г., Ломтева Ю. В., Джумагулова А. С., Романова Т. А.

Национальный центр кардиологии и терапии
им. М.Миррахимова, г. Бишкек, Киргизия

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение ассоциации уровня (массы) липопротеин-ассоциированной фосфолипазы А2 с наличием коронарного и каротидного атеросклероза у больных эссенциальной гипертензией в киргизской этнической группе.

Материал и методы:

Обследовано 52 больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) (средний возраст $54,9 \pm 6,7$ лет), в том числе 26 мужчин и 26 женщин. КБС, верифицированную при проведении нагрузочных проб или коронароангиографии, имели 19 пациентов, атеросклеротическое поражение сонных артерий – 28 больных. Всем больным были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, измерение АД и ЧСС, а также определение ряда биохимических показателей: уровня фибриногена, сахара, креатинина крови и липидного спектра (уровни общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов). Определение массы ЛП-ФЛА2 проводилось с помощью «PLAC» теста фирмы «DiaDexus» (США) методом иммунотурбидиметрии в формате «ELISA». Дуплексное сканирование сонных артерий проводили на аппарате Sequoia - 512, фирмы «Acuson» (США).

Результаты:

Выявлялась прямая корреляционная зависимость уровня ЛП-ФЛА2 с возрастом ($r=0,27$; $p<0,05$), концентрацией ХС-ЛПВП ($r=0,30$; $p<0,05$) и ХС-ЛПНП ($r=0,28$; $p<0,05$) и отрицательная ассоциация с уровнем триглицеридов ($r= - 0,28$; $p<0,05$). Существенных гендерных различий по уровню ЛП-ФЛА2 не выявлено ($p>0,05$). Пациенты с КБС имели более высокий уровень ОХС ($5,64 \pm 0,97$ ммоль/л против $5,23 \pm 1,33$ ммоль/л, $p=0,057$), ХС-ЛПНП ($3,63 \pm 0,89$ ммоль/л против $3,16 \pm 0,98$ ммоль/л, $p<0,01$), а также массы ЛП-ФЛА2 (296 ± 70 нг/мл против 237 ± 76 нг/мл, $p<0,005$) по сравнению с больными ЭГ без КБС. При проведении мультифакторного регрессионного анализа оказалось, что только масса ЛП-ФЛА2 независимо ассоциировалась с наличием КБС среди коренного населения республики ($\beta=0,66$; $p<0,001$). Нами не было обнаружено ассоциации уровня ЛП-ФЛА2 с наличием и выраженностью каротидного атеросклероза и толщиной комплекса интимомедия сонных артерий ($p>0,05$).

Заключение:

В киргизской этнической группе выявляется ассоциация уровня ЛП-ФЛА2 с наличием КБС, но не с наличием каротидного атеросклероза.

9.2. ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Соловей С. П., Манак Н. А., Карпова И. С., Денисевич Т. Л.

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

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценить влияние курса интервальной нормобарической гипокситерапии (НГТ) на активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у пациентов с ИБС и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы:

Под наблюдением находились 60 пациентов, страдающих стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, протекающей на фоне сахарного диабета 2 типа, из которых 40 человек дополнительно к общепринятой лекарственной терапии получили 25 сеансов нормобарической гипокситерапии в дифференцированном режиме. Использовали стационарную установку «Био-Нова-204» с подачей гипоксической азотно-кислородной газовой смеси с 13,5% содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе при нормальном атмосферном давлении. 20 пациентов, леченных только медикаментозно, составили группу сравнения. До и после лечения проводилось исследование уровня в крови ферментов антиоксидантной защиты – супероксиддисмутазы (СОД), каталазы. Содержание продуктов ПОЛ оценивали по уровню субстратов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБКРС).

Результаты:

Проведение курса НГТ приводило к статистически значимому изменению показателей, характеризующих процессы ПОЛ. Так, уровень ТБКРС, косвенно отражающих активность процесса ПОЛ, снижался на 13,9% ($p<0,05$). Приближалась к достоверности и положительная динамика ключевого фермента антиоксидантной защиты СОД: активность СОД после курса НГТ возрастала со 178,6 U/ml до 193,5 U/ml ($p=0,06$), что может свидетельствовать как о функционально-метаболическом резерве, так и об эффективности «реакции-ответа» организма на стрессорное (гипоксическое) воздействие. Наблюдалась тенденция к увеличению уровня каталазы (с 2,45 моль/сек/л до 2,96 моль/сек/л). В группе сравнения благоприятной динамики изучаемых лабораторных показателей мы не обнаружили.

Заключение:

Выявленное изменение процессов пероксидации после курса НГТ у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом свидетельствует о формировании адаптации организма к гипоксии и повышении устойчивости к окислительному стрессу. В свою очередь, уменьшение уровня окислительного стресса может способствовать снижению инсулинорезистентности тканей и поддержанию компенсации углеводного обмена.

9.3. ВЛИЯНИЕ ЛИПИДОВ НА ВЕЛИЧИНУ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Азизов В. А., Керимова Э., Мирзазаде В.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
VM ЦЕНТР Эндокринологии,
ДИАБЕТА И МЕТАБОЛИЗМА, г. БАКУ, АЗЕРБАЙДЖАН

Введение (цели/задачи):

Целью данного исследования явилось изучение влияния липидов на величину риска инфаркта миокарда (ИМ) у больных сахарным диабетом типа 2.

Материал и методы:

Обследована случайная выборка из 340 больных сахарным диабетом типа 2 (172 мужчины и 168 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $55,1 \pm 0,42$), получавших амбулаторное лечение в период с 2007 – 2009 гг. на базе VM центра Эндокринологии, Диабета и Метаболизма. Всем больным, включенным в исследование, определяли показатели липидов на автоматическом анализаторе Kobas Mira (Roshe, Швейцария) с помощью реактивов компании Human Diagnostics Worldwide (Германия). У всех обследованных определялся риск заболевания инфарктом миокарда в течение 10 лет с помощью программы PROCAM. По результатам вычисления, риск определяется как низкий (НР), если он не превышает 9,9%; повышенный (ПР) – если он находится в пределах от 10,0% до 19,9%; высокий (ВР) – если величина риска ИМ равна и больше 20,0%.

Результаты:

Увеличение риска ИМ в группах НР, ПР и ВР ассоциировалось с нарастанием уровней ОХ ($171,7 \pm 2,73$ мг/дл, $206,9 \pm 4,76$ мг/дл и $240,8 \pm 6,95$ мг/дл соответственно; во всех случаях $P < 0,01$). Уровень ЛПНП в группах НР, ПР и ВР также возрастал в соответствии с ростом риска инфаркта миокарда ($85,7 \pm 2,38$ мг/дл, $122,1 \pm 4,21$ мг/дл и $153,1 \pm 6,07$ мг/дл соответственно). В отношении ЛПВП имела место обратная тенденция. В группе НР их уровень составил $51,3 \pm 0,42$ мг/дл, в подгруппе ПР – $47,8 \pm 0,72$ мг/дл, в подгруппе ВР – $45,1 \pm 0,79$ мг/дл. Повышение уровня ЛПОНП тоже приводило к повышению риска инфаркта миокарда: $30,0 \pm 1,71$ мг/дл в группе НР, $35,1 \pm 2,75$ мг/дл в группе ПР и $36,9 \pm 2,75$ мг/дл – в группе ВР. Концентрация ТГ повышалась с увеличением риска ИМ. В группе НР уровень ТГ был равен $174,0 \pm 8,56$ мг/дл, в группе ПР – $201,6 \pm 12,89$ мг/дл, в группе ВР – $221,4 \pm 13,83$ мг/дл.

Заключение:

У больных сахарным диабетом типа 2 выявлена положительная корреляция между риском ИМ и общим холестерином; холестерином липопротеидов низкой плотности; холестерином липопротеидов очень низкой плотности; триглицеридами. Отмечено также наличие отрицательной корреляции между уровнем ЛПВП и риском ИМ у больных сахарным диабетом типа 2.

9.4. ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ КРОВИ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

КАШТАНОВА Е. В., ПОЛОНСКАЯ Я. В., РАГИНО Ю. И.,
КАМЕНСКАЯ О. В., КУРГУЗОВ А. В., ЧЕРНЯВСКИЙ А. М.

ФГБУ «НИИТПМ» СО РАМН, ФГБУ «ННИИПК им.
АКАД. Е.Н. МЕШАЛКИНА» МЗ РФ, НОВОСИБИРСК, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Цель: изучение уровней воспалительных биомаркеров: фактора некроза опухоли (ФНО-альфа), интерлейкинов (ИЛ) -1-бета, ИЛ-6, ИЛ-8, высокочувствительного С-реактивного протеина (вЧСРП) и сульфатированных гликозаминогликанов (sGAG) в крови у мужчин с коронарным атеросклерозом и без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы:

В исследование включили 66 мужчин 46-79 лет. Из них 55 человек с коронароангиографически верифицированным коронарным атеросклерозом, без ОКС, поступивших в Клинику ФГУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» на операцию коронарного шунтирования (КШ). В контрольную группу были включены мужчины, проходившие обследование в клинике НИИТПМ СО РАМН без ИБС, согласно данным клинико-функциональных исследований. У всех мужчин однократно утром натощак проводился забор крови из вены. В сыворотке крови методом иммуноферментного анализа определяли воспалительные биомаркеры: ФНО-альфа, ИЛ-1-бета, ИЛ-6, ИЛ-8, вЧСРП. Во всех образцах определяли уровень сульфатированных гликозаминогликанов (sGAG) методом связывания красителя альциановый синий в микропланшетном формате. Статистическую обработку результатов проводили в лицензионной программе SPSS for Windows.

Результаты:

У мужчин с коронарным атеросклерозом были отмечены повышенные уровни вЧСРП и ФНО-альфа. Так уровень вЧСРП оказался в 3,5 раза, а ФНО-альфа в 1,5 раза выше, чем у мужчин контрольной группы. Средний уровень sGAG в группе с коронарным атеросклерозом составил $12,83 \pm 1,38$ мкг/мл, а в группе мужчин без ИБС $9,93 \pm 1,23$ мкг/мл. Содержание ИЛ-8, ИЛ-6 в сыворотке крови также было повышено у мужчин с коронарным атеросклерозом и составило $13,3 \pm 2,9$ пг/мл, $18,9 \pm 4,3$ пг/мл соответственно. При проведении корреляционного анализа были выявлены следующие достоверные связи ($p < 0,05$): ИЛ-6 с СРП и ИЛ-1-бета, ФНО-альфа с ИЛ-1-бета, sGAG с ИЛ-8.

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о связи между атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями и лабораторными биомаркерами воспаления.

9.5. МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ЛИПОПРОТЕИДЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

СИЗОВ А. В., КОВАЛЕВ Ю. Р., ЗВЕРЕВА В. В., СЕБЕЛЕВА Е. А.

ГБОУ ВПО "СПб ГПМА", СПб ГПМУ Кафедра
ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ,
СПб ГУЗ "Городская многопрофильная больница №2",
г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются одними из ведущих причин госпитализации и смертности во всех странах мира. Наличие у пациента сочетания ИБС и ХОБЛ существенно влияет на их клиническое течение и ухудшает прогноз. Существует ряд предположений о взаимосвязи этих заболеваний: общие факторы риска, оксидативный стресс, системное воспаление

с увеличением циркулирующих провоспалительных цитокинов. В тоже время одним из факторов риска атеросклероза являются липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Атерогенный потенциал ЛПНП растет при их модификации. Вероятно, что в условиях оксидативного стресса и цитокинового дисбаланса увеличивается образование модифицированных липопротеидов. Это может явиться одним из механизмов прогрессирования атеросклероза и ИБС. Цель исследования. Выяснить частоту образования модифицированных липопротеидов (окисленных липопротеидов и комплексов липопротеид-антитело) у больных с ИБС и при сочетанном течении ИБС и ХОБЛ.

Материал и методы:

В исследование войдут две группы пациентов: первая – больные с ИБС, не страдающие ХОБЛ, вторая – больные с сочетанием ИБС и ХОБЛ. Планируется определить уровень модифицированных липопротеидов в плазме крови (окисленных липопротеидов и комплексов липопротеид-антитело) у обследуемых пациентов с последующим сравнением полученных результатов в группах больных.

Результаты:

Исследование позволит выявить уровень модифицированных липопротеидов в обследуемых группах больных.

Заключение:

Можно предположить, что частота образования модифицированных липопротеидов (окисленных липопротеидов и комплексов липопротеид-антитело) будет более высокой в группе пациентов с сочетанным течением ИБС и ХОБЛ по сравнению с группой больных с изолированной ИБС. Модифицированные липопротеиды, вероятно, являются одним из факторов, которые приводят к более неблагоприятному течению ИБС у пациентов с ХОБЛ, по сравнению с пациентами, страдающими только ИБС.

9.6. ОЦЕНКА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И ПЛЕЙОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕУКОМИЗИНА У БОЛЬНЫХ С ИБС

Ахмедова Ш. С., Касимова М. С., Хашимов Ш. У., Шамьянов И. Д., Тригулова Р. Х., Шек А. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, НИИ Иммунологии АН РУз, НИИ Химии растительных веществ им акад. Юнусова, г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – сравнительная оценка гиполипидемической активности симвастатина и отечественного препарата олигвон (леукомизин) у больных ИБС с дестабилизацией стенокардии.

Материал и методы:

Обследовано 52 пациента с НС соответствующей IIB классу классификации C.W.Nammm, E.Braunwald, в возрасте от 45 до 60 лет, наличием ОИМ в анамнезе в 12, артериальной гипертензией в 36 случаях. Первую группу (I-C) составили 22 пациента принимавших симвастатин, вторую (II-L) – 30 больных принимавших симвастатин в период дестабилизации, и к 7 дню переведенных на прием леукомизина. Исследование включало: стационарный этап (9-10 дней) и этапы амбулаторного наблюдения до 6 месяцев. Оценивались клиничко-гемодинамические, биохимические показатели, с определением содержания липидов, аполипопротеинов A-I, B, и вЧС-реактивного белка методом иммунотурбидиметрии с

латексным усилением которые определялись на биохимическом автоанализаторе «Daytona» (RANDOX). Базисная терапия включала: антикоагулянты, антиагреганты, бета-адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины (100%), затем – 59,2% – леукомизин

Результаты:

Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, уровню АД, длительности и клиническому течению заболевания. В исходных средних величинах вЧ-СРБ не было отмечено статистически достоверных межгрупповых различий ($P>0,05$), кроме развития частоты коронарных событий (ОИМ в анамнезе), которая в 2 раза была выше в группе леукомизина. При анализе показателей липидного спектра у больных НС, принимавших симвастатин, наблюдается статистически достоверная коррекция липидного спектра по 4 показателям (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП и ТГ), тогда как у больных принимавших леукомизин аналогичные изменения не были зарегистрированы ни по одному из параметров липидного профиля. В исходных средних величинах вЧ-СРБ не было отмечено статистически достоверных межгрупповых различий, а на этапе лечения имело место отчетливое снижение этого показателя с достижением равных средних величин в обеих группах ($P<0,01$). В нашем исследовании как симвастатин, так и леукомизин обладали в равной степени противовоспалительным действием, снижая уровень вЧ-СРБ в 2,8 и 2,0 раза соответственно. В группах I-C и II-L с вЧ-СРБ < 5 мг/л исходное содержание ХС ЛПНП было ниже, чем в группе с вЧ-СРБ > 5 мг/л. Независимо от уровня вЧ-СРБ симвастатин и леукомизин в равной мере оказывали гиполлипидемический эффект с некоторым различием по статистической мощности ($P<0,01$; $P<0,001$) в отношении ОХС. Аналогичная зависимость выявлена и в отношении влияния Симвастатина на ХС ЛПНП в соответствующих подгруппах. ($P<0,001$; $P<0,001$), но в группе II-L статистическая сила носящей тенденциозный характер. Нами были выявлены различия в II-L группе по контрольным параметрам содержания ТГ ($P<0,05$) в зависимости от уровня СРБ. Эффективность противовоспалительного действия обоих препаратов естественно была значимо выраженной в группе с СРБ > 5 мг/л. Но у леукомизина выраженность этого плейотропного действия была несколько слабее ($P<0,05$).

Заключение:

Таким образом, предварительные результаты исследования подтверждают наличие у леукомизина умеренного гиполипидемического эффекта в виде снижения уровня ХС и ХС ЛПНП. Выявлено, что леукомизин обладает противовоспалительными свойствами, и эффективность его зависит от уровня высокочувствительного С-реактивного белка.

9.7. ОЦЕНКА ОКИСЛИТЕЛЬНО-АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

СТАХНЁВА Е. М., КАШТАНОВА Е. В., ПОЛОНСКАЯ Я. В., САДОВСКИЙ Е. В., КУРГУЗОВ А. В., КАМЕНСКАЯ О. В., ЧЕРНЯВСКИЙ А. М.

ФГБУ «НИИТПМ» СО РАМН, ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава, Новосибирск, Россия

Введение (цели/задачи):

Цель. Оценить состояние окислительно-антиоксидантного статуса у пациентов с коронарным атеросклерозом.

Материал и методы:

В исследование были включены мужчины с кальцинозом коронарных артерий или аорты по данным предварительного исследования (коронарография), поступившие на оперативное лечение в Клинику ФГБУ ННИИПК Минздрава РФ. В контрольную группу были включены мужчины, проходившие обследование в клинике НИИТПМ СО РАМН, без ишемической болезни сердца, согласно данным клинико-функциональных исследований. В сыворотке крови определяли 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 статуса организма. Кроме того, определяли концентрации антиоксидантных маркеров: α -токоферола, ретинола и β -каротина в липопротеинах низкой плотности (ЛНП) флюориметрическим методом после выделения ЛНП из сыворотки крови.

Результаты:

У пациентов контрольной группы уровень степени окислительного повреждения был $1,6 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,05$), а антиоксидантная способность $0,7 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,05$), значительно ниже, чем в группе с коронарным атеросклерозом ($2,8 \pm 0,1$ ммоль/л и $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно). Уровни ретинола, α -токоферола и β -каротина в группе контроля составили $0,0698 \pm 0,0148$ мг/ мг белка ЛНП, $1,4 \pm 0,1$ мг/ мг белка ЛНП и $72,3 \pm 6,5$ мкг/ мг белка ЛНП, а в группе больных – $0,0012 \pm 0,0002$ мг/ мг белка ЛНП, $2,1 \pm 0,3$ мг/ мг белка ЛНП, $28,1 \pm 2,9$ мкг/ мг белка ЛНП соответственно. Таким образом, разница с контролем по уровню окислительного повреждения и общей антиоксидантной способности составила 75% ($p < 0,001$) и 71% ($p < 0,05$) соответственно.

Заключение:

Таким образом, результаты исследования показывают, что степень окислительного повреждения и антиоксидантной активности значительно повышается в группах пациентов с коронарным атеросклерозом.

9.8. ПРЕИМУЩЕСТВА СТАТИНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОК С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Карпова И. С., Манак Н. А., Соловей С. П., Кошлатая О. В.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Целью работы явилось сравнительное изучение влияния аторвастатина и бисфосфоната на минеральную плотность костей (МПК) и состояние костного метаболизма у пациенток с ИБС и остеопорозом (ОП).

Материал и методы:

В исследование были включены 52 пациентки со стенокардией напряжения ФК II и постменопаузальным ОП. Основную группу (ОГ) составили 23 человека, принимавшие на фоне антиангинального лечения аторвастатин в суточной дозе 20 мг и алендронат 70 мг/сутки. Контрольная группа пациенток сопоставимой тяжести ИБС и ОП, наряду с антиангинальной терапией, принимала только алендронат (29 человек). Контроль эффективности лечения ОП осуществлялся с по-

мощью денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей. Биохимические показатели состояния костного метаболизма включали маркер костеобразования остеокальцин (иммуноферментным методом), сывороточная щелочная фосфатаза (колориметрическим фотометрическим тестом) и маркер костной резорбции – уровень С-концевых тепlopeптидов (β -КроссЛапс с использованием тест-системы «SerumCrossLapstmOneStepELISA»). Денситометрия осуществлялась исходно, через 1 и 2 года, анализ маркеров костного метаболизма и параметров липидного спектра в динамике лечения через 6, 12, 18 и 24 месяца.

Результаты:

Статиноterapia при ОП с ИБС, наряду с липидснижающим эффектом, способствовала улучшению костного метаболизма и повышению МПК. Протективный эффект аторвастатина на МПК наступал раньше (через 1 год терапии), по сравнению с приемом бисфосфоната (только через 2 года). Наряду с повышением МПК всех поясничных позвонков (от 7,1% до 7,8%), улучшились показатели денситометрии шеек бедер, в сравнении с незначительным эффектом алендроната на проксимальные отделы бедренных костей. Под действием аторвастатина уже через полгода наблюдалось значимое подавление костной резорбции, которое в последующем стало более значимым (снижение показателя на 18%, 33% и 30%), а уровень щелочной фосфатазы в ОГ через год снизился достоверно ($p < 0,05$). Также активировался процесс остеосинтеза, в то время как бисфосфонат оказал только некоторое антирезорбтивное действие.

Заключение:

Эффект аторвастатина на кости у женщин с ИБС и постменопаузальным ОП наступает раньше, чем алендроната: костный метаболизм улучшается, начиная с полугода терапии, МПК поясничных позвонков и головок бедренных костей повышается через год лечения.

9.9. ПРИМЕНЕНИЕ АТВАРАЛА (АТОРВАСТАТИНА) У ПАЦИЕНТОВ ИБС И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Самадов Ш. Х., Музафарова А. Л., Джураев Ш. М., Каримов О. О.

Республиканский клинический центр кардиологии, кафедра кардиологии ТИПМК, Национальный диагностический центр, г. Душанбе, Таджикистан

Введение (цели/задачи):

Цель: оценка эффективности и безопасности 12-недельной терапии Атваралом у пациентов с гиперлипидемией II типа.

Материал и методы:

Наблюдение проведено на базе Республиканского клинического центра кардиологии г. Душанбе. В группу наблюдения включены 80 пациентов с ИБС, стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом в возрасте 50–70 лет с первичной гиперхолестеринемией; с уровнем общего холестерина (ОХ) сыворотки $> 5,0$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) $> 4,0$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) $< 4,5$ ммоль/л. Наблюдение началось с 4-х недель "чистого фона" на фоне гипохолестериновой диеты. При сохранении повышенного уровня холестерина назначался Атварал по 20 мг/сутки. При этом продолжалась базисная терапия ИБС. Лечение прово-

дилось в течение 12-и недель на фоне гипохолестериновой диеты. Исследование липидного спектра и функциональных проб печени проводился до начала лечения и по истечении каждого месяца лечения. Также проводился 3-х кратный общий осмотр, проведение ЭКГ.

Результаты:

На фоне 12-и недельной терапии Ативаралом в дозе 20 мг у 86% больных отмечена положительная динамика уровней ОХ, ХСЛНП, триглицеридов ТГ. У 14 % пациентов доза была через 1 месяц лечения увеличена до 40 мг в сутки, и тогда достигнут положительный результат. Уровень общего холестерина (ОХ) снизился на 28%, ХСЛНП – на 44%, ТГ – на 23%, уровень ХСЛВП повысился на 12%. Изменений уровней ферментов печени не зарегистрировано.

Заключение:

Отмечена положительная эффективность и безопасность Ативарала в дозе 20 мг в сутки у пациентов с гиперлипидемией II типа с достижением целевого уровня ХСЛНП в 100% случаев, что даёт возможность длительного и безопасного применения препарата для коррекции липидного спектра крови.

9.10. ПРО- И АНТИАТЕРОГЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ АПЕЛИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Юшко К. А., Коваль С. Н., Старченко Т. Г.

ГУ "Национальный институт терапии им.Л.Т. Малой НАМН Украины", г. Харьков, Украина

Введение (цели/задачи):

Апелин – эндогенный пептид, который обладает вазодилатационным и инотропным эффектами, способствует утилизации глюкозы и проявляет антиатерогенные свойства. В настоящее время обнаружено несколько активных фрагментов апелина, одним из которых является апелин-12. Целью данного исследования было установить взаимосвязь уровней апелина-12 в крови с показателями липидного обмена у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы:

Обследован 21 больной ГБ II стадии 2-3 степени (6 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 42 до 64 лет. В исследование не включали больных сахарным диабетом. Группу контроля составило 8 практически здоровых добровольцев. Комплекс обследования включал определение в крови уровней общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), триглицеридов (ТГ) с вычислением уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и коэффициента атерогенности (КА). Уровень апелина-12 в крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты:

В подгруппе больных с уровнями в крови ТГ 1,7 ммоль/л показатели апелина-12 крови были достоверно ниже, чем в группе здоровых добровольцев (0,851 (0,841; 0,877) нг/мл против 1,087 (0,861; 1,318) нг/мл, $p < 0,05$) и чем в подгруппе больных с уровнями ТГ < 1,7 ммоль/л (0,851 (0,841; 0,877) нг/мл против 0,919 (0,861; 1,412) нг/мл, $p < 0,05$). Корреляционный анализ в целом по группе больных ГБ показал достоверную отрицательную взаимосвязь уровней апелина-12 крови с уровнями ТГ ($R = -0,56$, $p < 0,01$), ХС ЛПОНП ($R = -0,56$, $p < 0,01$), показателем коэффициента атерогенности ($R = -0,56$, $p < 0,001$) и положи-

тельную взаимосвязь с ХС ЛПВП ($R = +0,44$, $p < 0,05$).

Заключение:

Обнаружено, что гипертриглицеридемия у больных ЭГ ассоциируется со снижением уровня апелина-12 в крови и уровень данного пептида отрицательно коррелирует с проатерогенными липидами и положительно – с антиатерогенными. Полученные данные подтверждают наличие у апелина-12 антиатерогенных свойств.

9.11. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЁРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

ТАРАСОВ А. А., АРЗУМАНЯН Г. И., УРУДЖЕВА Л. У., МИРЗИБАЛАЕВНА Ф. Г.

ГОУ ВПО "ВолгГМУ", г. Волгоград, Россия

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости определения сыровоточного уровня ИЛ-1 β , ФНО- α и ИЛ-6 у лиц с бессимптомным атеросклерозом (40 человек).

Материал и методы:

Данное состояние являлись критериями включения в исследование. Провоспалительные цитокины определяли при помощи иммуноферментного анализа (наборы «Вектор-Бест», Новосибирск), диагностику бессимптомного атеросклероза проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и РКО. Прогностическая значимость определения воспалительных маркёров сопоставлялась с таковой для «классических» факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (возраст, интенсивность курения, систолическое АД, уровень общего холестерина, гликированного гемоглобина, С-реактивного белка и ИМТ). Многофакторный анализ проводился при помощи пакета статистических программ Statistica 6 (Model: Logistic regression). Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались развитие какой-либо формы клинической ИБС, госпитализация в связи с ОКС и смерть от ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении статистического анализа конечные точки шифровались полуколичественно.

Результаты:

При $p < 0,0001$ и ДИ 0,05-26,43, в данной группе прогностическая ценность определения уровня ФНО- α (OR 4,14) была сопоставима с таковой для уровня АД (OR 5,23) и гликированного гемоглобина (OR 6,83) и превысила аналогичный показатель как других «классических» факторов риска. Кроме того, среди других биохимических маркёров эндотелиальной дисфункции высокая прогностическая ценность отмечена у ИЛ-1 β , однако, меньшая, чем у ФНО- α (OR 3,57).

Заключение:

Необходимы дальнейшие исследования для определения возможности использования определения ФНО- α и ИЛ-1 β для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений в повседневной клинической практике.

9.12. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЁРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

ТАРАСОВ А. А., АРЗУМАНЯН Г. И., УРУДЖЕВА Л. У.,
МИРЗИБАЛАЕВНА Ф. Г.

ГОУ ВПО "ВолгГМУ", г. Волгоград, Россия

Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости определения содержания фактора фон Виллебранда (фФВ), эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOs) и эндотелина-1 у больных у лиц с бессимптомным атеросклерозом (40 человек).

Материал и методы:

Данное состояние являлось критериями включения в исследование. Биохимические маркёры эндотелиальной дисфункции определяли при помощи иммуноферментного анализа, диагностику ИБС проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и РКО. Прогностическая значимость определения биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции сопоставлялась с таковой для «классических» факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (возраст, интенсивность курения, систолическое АД, уровень общего холестерина, гликированного гемоглобина, С-реактивного белка и ИМТ). Многофакторный анализ проводился при помощи пакета статистических программ Statistica 6 (Model: Logistic regression). Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались развитие какой-либо формы клинической ИБС, госпитализация в связи с ОКС и смерть от ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении статистического анализа конечные точки шифровались полуколичественно.

Результаты:

При $p < 0,0001$ и ДИ 0,05-26,43, в данной группе прогностическая ценность определения уровня фФВ (OR 5,12) и эндотелина-1 (OR 6,54) была сопоставима с таковой для уровня АД (OR 5,23) и гликированного гемоглобина (OR 6,83) и превысила аналогичный показатель для других «классических» факторов риска.

Заключение:

Необходимы дальнейшие исследования для определения возможности использования определения фФВ и эндотелина-1 для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у лиц без ассоциированных клинических состояний в повседневной клинической практике.

9.13. СРАВНЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И ПЛЕЙОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ХОШИМОВ Ш. У., ЭШПУЛАТОВ А. С., АХМЕДОВА Ш. С.,
КАН Л. Э., ШЕК А. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. Ташкент, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Внедрение в клиническую практику новых, более жестких целевых нормативов спектра липидов крови, с целью улучшения прогноза жизни больных, требует и новых путей ее решения,

в частности, большие надежды связываются с широким внедрением новых синтетических статинов. Цель исследования – сравнительная оценка гиполипидемического и плеiotропных эффектов розувастатина и аторвастатина у больных ИБС с прогрессирующей стенокардией.

Материал и методы:

Обследовано 74 больных с нестабильной стенокардией (НС) II В класса (Е. Braunwald), средний возраст составил $59,9 \pm 9,9$ лет. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 33 (44,6%), сахарный диабет 2 типа – у 19 (25,7%) пациентов. Обследованные были разделены на две группы: I группу составили 34 больных, принимавших на фоне базисной терапии аторвастатин 20-40 мг/сут, II группу – 40 больных находившихся на лечении розувастатином в дозе 10-20 мг/сут. Липидный спектр – общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП) плотности, маркеров атеросклероза аполипопротеины (Апо) А и В, высокочувствительный С-реактивный белок (вЧС-РБ) определяли на биохимическом автоанализаторе «Randox» (Великобритания) исходно и через 2 месяца лечения. Базисная терапия включала: антикоагулянты (гепарин или клексан) в остром периоде (100%), антиагреганты (100%), бета-адреноблокаторы (бисопролол, 100%), при необходимости нитраты (95%) и ингибиторы АПФ (95%).

Результаты:

При сравнительном анализе исходные показатели уровня липидов (общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПВП и КА), соотношения АпоВ/АпоА-1 в обеих группах существенно не различались. Через 2 месяца лечения в I группе больных получавших аторвастатин уровень общего ХС в среднем снизился на 19% ($p < 0,001$), концентрация ТГ – на 26% ($p < 0,01$), ХС ЛПНП – на 22% ($p < 0,001$), КА – на 20% ($p < 0,01$). Во II группе уровень общего ХС в среднем снизился на 25% ($p < 0,001$), ХС ЛПНП – на 31,5% ($p < 0,001$), КА – на 33% ($p < 0,001$), концентрация ТГ уменьшилась на 33% ($p < 0,001$). При этом во II группе значения уровня общего ХС ($p < 0,05$), ХС ЛПНП ($p < 0,05$) и КА ($p < 0,05$) были достоверно ниже, чем в I группе. У пациентов, получавших розувастатин отмечалась тенденция к увеличению уровня ХС ЛПВП. Уровень АпоА-1 во II группе повысился с $149,6 \pm 16,0$ до $162,4 \pm 17,5$ ($p < 0,01$); значение соотношения АпоВ-АпоА-1 уменьшилось с $0,68 \pm 0,25$ до $0,55 \pm 0,19$, ($p < 0,05$), тогда как в I – уменьшение носило недостоверный характер ($0,71 \pm 0,11$ до $0,66 \pm 0,15$) и через 2 месяца значение соотношения АпоВ-АпоА-1 было выше ($p < 0,01$), чем во II группе. Плеiotропный эффект статинов подтверждает динамика биохимических маркеров воспаления: в I группе уровень вЧС-РБ снизился с $4,9 \pm 3,1$ до $1,9 \pm 1,2$ г/л ($p < 0,001$), во II группе больных также отмечено статистически значимое снижение уровня вЧС-РБ с $5,1 \pm 2,8$ до $2,3 \pm 1,4$ г/л ($p < 0,001$).

Заключение:

Розувастатин при двухмесячном применении несколько превосходил аторвастатин по гиполипидемическому действию, в то же время отсутствовали достоверные различия по степени снижения высокочувствительного С-реактивного белка.

10. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

10.1. КОМОРБИДНОСТЬ ТИРЕОИДНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

ЕСПЕНБЕТОВА М. Ж., ПИВИНА Л. М., ЗАМАНБЕКОВА Ж. К.,
ЮРКОВСКАЯ О. А., ЖУМАНБАЕВА Ж. М., ДОСБАЕВА А. М.,
КЕРИМКУЛОВА А. С., БАЙТУБАЕВА М. Д.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
Г. СЕМЕЙ, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

В период с 1949 по 1989 гг. на Семипалатинском ядерном полигоне проведено более 450 ядерных испытаний, что привело к облучению сотен тысяч жителей Казахстана. Известно, что радиоактивное облучение увеличивает риск развития рака щитовидной железы, меньше известно о его последствиях в отношении доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Кардиоваскулярная патология занимает лидирующую позицию в структуре заболеваемости и смертности населения Казахстана. Целью исследования явилось изучение коморбидной сердечно-сосудистой и тиреоидной патологии у потомков лиц, подвергшихся облучению.

Материал и методы:

Исследование проведено на основе анализа тематического регистра болезней системы кровообращения, включившего информацию о результатах скрининговых исследований 1742 жителей Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана, с установленной кардиоваскулярной патологией. Изучение гормонального статуса щитовидной железы проведено на группе из 140 человек, представляющих потомков во II поколении лиц, подвергшихся прямому радиационному воздействию.

Результаты:

56,8 % членов регистра (990 человек) страдали одновременно патологией щитовидной железы, в структуре которой 71,3 % занимал диффузный и диффузно-узловой зоб. У 8,5 % лиц установлен клинически выраженный гипотиреоз, у 5,6 % лиц - аутоиммунный тиреоидит. Средний показатель ТТГ составил $3,9 \pm 0,7$, что свидетельствует о напряжении стимулирующей функции гипофиза, причем у 20,8 % лиц его значение значительно превосходило верхнюю границу нормы. Среднее значение показателя свободного тироксина находилось на уровне нижней границы нормы. Среднее значение уровня антител к тиреоидной пероксидазе составило $247,5 \pm 137,6$ МЕ/мл, что практически в семь раз превосходило верхнюю границу нормы.

Заключение:

Результаты исследования позволили установить взаимосвязь между патологией щитовидной железы, сопровождающейся снижением ее функции и наличием аутоиммунных процессов, и развитием болезней системы кровообращения, что требует комплексного подхода в диагностике, профилактике и реабилитации указанных заболеваний.

10.2. РИСК РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)

КАКОРИН С. В., ЭРЛИХ А. Д., БАКУЛИНА А. В.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ»,
НИИ Физико-химической медицины ФМБА,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) г. Москвы провести сравнительный анализ частоты развития кровотечения у больных с нарушенным и нормальным углеводным обменом (УО) в зависимости от скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и компенсации УО.

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в БКР стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали возраст, пол (М, Ж), нормальный и нарушенный УО (сахарный диабет 2 типа (СД2), впервые выявленный нарушенный УО (ВВНУО), компенсацию УО, СКФ в мл/мин/1,73м² MDRD, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу и кровотечения, возникшие за время госпитализации.

Результаты:

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС 36 карт исключены из исследования ввиду неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 указывали на наличие в анамнезе СД2. Из 115 больных с указанием на СД2 в анамнезе у 73 была декомпенсация УО (гликемия превышала 11,1 ммоль/л), у 42 - нормогликемия. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. ВВНУО было у 87 из 548 больных. На основании суммы из 160 больных с гипергликемией и 42 больных СД2 с нормогликемией общее число больных с нарушенным УО составило 202 (36,9%) человека. Нормальный УО был у 346 больных (63,1%). Из 548 пациентов с ОКС кровотечения были у 12 (2,19%) человек (10 Ж, 3 М). ОНМК по геморрагическому типу было у 2 (0,58%) из 346 больных с нормальным УО: у 1 М 56 лет (СКФ-73) и 1 Ж 74 лет (СКФ-68), у пациентов с нарушенным УО ОНМК не было. Кровотечения, возникшие за время госпитализации были у 10 (8 Ж, 2 М) больных, из них у 6 (3%) из 202 с нарушенным УО и у 4 (1,2%) из 346 с нормальным УО. Кровотечение было у 2 (1,74%) из 115 больных с СД2 в анамнезе (1 М 76 лет (сахар крови 9,2 ммоль/л, СКФ-54) и 1 Ж 74 года (сахар 11,5 ммоль/л, СКФ-98) и у 4 (4,6%) из 87 с ВВНУО, из них у 3 женщин: 66 лет (сахар 8,9 ммоль/л, СКФ-62), 73 лет (сахар 11,6 ммоль/л, СКФ-68), 82 лет (сахар 12,0 ммоль/л, СКФ-51) и 1 М 86 лет (сахар 11,5 ммоль/л, СКФ-42). Кровотечения, возникшие за время госпитализации

у больных с нормальным УО, были у 1 М 85 лет (СКФ-41) и 3 Ж: 43 лет (СКФ-69), 74 года (СКФ-68), 81 год (СКФ-66).

Заключение:

Развитие ОНМК по геморрагическому типу было у 2 (0,58%) больных с нормальным УО и СКФ выше 60 мл/мин/1,73м², у пациентов с нарушенным УО ОНМК не было. Кровотечения, возникшие за время госпитализации, встречались чаще у больных с нарушенным УО (3%) по сравнению с нормальным УО (1,2%) имеющих СКФ 41-69 мл/мин/1,73м². При этом у больных с СД2 оно встречалось у 1,74% больных (СКФ более 54 мл/мин/1,73м²) по сравнению с ВВНУО – 4,6% (СКФ 42-68 мл/мин/1,73м²). В группе больных с СД2 и ВВНУО в момент поступления в стационары уровень сахара крови колебался в пределах 9,2-12,0 ммоль/л.

10.3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЖАЛОБ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ И НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)

Какорин С. В., Эрлих А. Д., Карамышев Д. В.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», НИИ Физико-химической медицины ФМБА, Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г. провести сравнительный анализ жалоб у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы с ОКС.

Материал и методы:

Анализ данных карт 584 больных, включенных в ноябре 2012 г. в регистр ОКС г. Москвы. Все больные госпитализированы с ОКС в БКР стационаров г. Москвы. Изучаемые параметры включали жалобы (боли за грудиной, одышка, их сочетание, слабость, сердцебиение, другие) послужившие причиной обращения за медицинской помощью, нормальный и нарушенный УО, пол (мужчины-М, женщины-Ж), возраст. Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе OpenOffice Calc.

Результаты:

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе обследования ОКС и неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных нормальный УО был у 346 (63,1%), нарушенный УО у 202 (36,9%) человек. У больных с нормальным и нарушенным УО средний возраст был 64,83±13,36% и 70±11,46% лет соответственно без достоверных различий между группами. Различие по половому признаку между группами больных с нормальным УО (М - 62,2±2,36%, Ж-37,8±2,38%) и с нарушенным УО (М-38,96±3,93%, Ж-61,04±3,95%) было достоверно, t=5,08 p<0,001. Больные с нормальным УО жаловались на боли за грудиной в 52,15±2,38% случаев, одышку - 4,76±1,01%, боли за грудиной и одышку -12,02±1,55%; больные с нарушенным УО в 41,67±3,95%, 7,69±2,13%, 8,33±2,21% случаев соответственно. Различие в частоте жалоб на боли за грудиной между группами достоверно, t=2,28 p<0,05. Слабость, головокружение и другие жалобы не имели достоверных различий.

Заключение:

Больные с нормальным УО, госпитализированные с ОКС в БКР г. Москвы, достоверно чаще предъявляют жалобы на боли за грудиной (52,15±2,38%) по сравнению с больными имеющими нарушенный УО (41,67±3,95%). Жалобы у больных с нормальным УО на сочетание болей за грудиной и одышки (12,02±1,55%), только одышку (4,76±1,01%) по сравнению с нарушенным УО -8,33±2,21%, 7,69±2,13% случаев соответственно, достоверно не различались. Слабость, головокружение и другие жалобы не имели достоверных различий.

10.4. ДЕПРЕССИЯ, КАК ИНДИКАТОР ЗДОРОВЬЯ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ В СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

Гафаров В. В., Панов Д. О., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии ССЗ СО РАМН, ФГБУ НИИТПМ СО РАМН, г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/задачи):

Определить влияние депрессии (Д) на относительный риск развития инфаркта миокарда (ИМ) в открытой популяции среди женщин 25-64 лет в течение 16 лет в мегаполисе Западной Сибири (г.Новосибирск).

Материал и методы:

В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» (MOPSY) в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Д была изучена при помощи теста «MOPSY». Самооценка и информированность о своем здоровье оценивалась при помощи анкеты «Знание и отношение к здоровью». Регистрация всех впервые возникших случаев ИМ в течение 16 лет (1995-2010гг) выполнялась при помощи программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». Кокс пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения ИМ. Женщины, перенесшие ИМ к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты:

Распространенность Д среди женщин 25-64 лет составила 55,2% (большая Д – 12%). С увеличением уровня Д в 7 раз падает положительная оценка состояния здоровья «здоров» (большая Д – 4%, нет Д – 28,2%; $\chi^2=41,47$ df=8 p<0,001) и увеличивается негативная оценка «болен». Подавляющее большинство женщин с БД имеют жалобы на свое здоровье ($\chi^2=17,42$ df=6 p<0,01), недостаточно заботятся о своем здоровье (нет Д – 58%, БД – 80%; $\chi^2=17,69$ df=4 p<0,01), реже верят в возможности медицины успешно лечить болезни сердца (большая Д – 28%, нет Д – 38,6%; $\chi^2=23,18$ df=8 p<0,01), чаще отмечают высокую возможность заболеть в течение ближайших 5-10 лет (большая Д – 64%, нет Д – 47,3%; $\chi^2=10,51$ df=4 p<0,05). В течение 16 лет (1995-2010гг) относительный риск развития инфаркта миокарда был в 2,53 раз (95% ДИ=1,26– 24,34; p=0,05) выше у женщин с Д, чем без. В отношении структуры семейного положения у женщин с Д и развившимся ИМ, отмечено преобладание замужних женщин – 66,7%. Среди женщин с Д и развившимся ИМ в структуре

образования отсутствовали лица с высшим образованием. В отношении профессионального статуса, в группе женщин с Д и ИМ, работоспособная часть преимущественно представлена руководителями – 33,3%.

Заключение:

Распространенность Д в открытой популяции среди женщин 25-64 лет очень высокая. Д значительно увеличивает риск развития инфаркта миокарда среди женщин. Среди лиц с Д и развившимся ИМ преобладали лица с семейным статусом «замужем», со средним уровнем образования, при профессиональном уровне «руководитель».

10.5. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ПОПУЛЯЦИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ (1998-2012 ГГ.)

Акулова О. А.

ГБУ "Курганский областной кардиологический диспансер", г. Курган, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить уровень и динамику заболеваемости острым инфарктом миокарда (ОИМ) у мужчин разных возрастных групп за последние 15 лет в Курганской области.

Материал и методы:

Информация о каждом случае ОИМ получена из Областного Регистра острого инфаркта миокарда, данные о половозрастной численности населения за период с 1998 по 2012 гг. - в Областном Бюро статистики. Расчет показателей заболеваемости проводился методом прямой стандартизации вручную, за стандарт принят половозрастной состав городского населения области, первого года исследования (1998г.). Оценка достоверности различий показателей заболеваемости в 5 возрастных группах (до 29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 и более лет) проводилась с помощью критерия t , изучалась разность показателей (РП), доля разности показателей (ДРП), относительный эпидемиологический риск (ОР) и опасный возраст рисков.

Результаты:

Ежегодный уровень заболеваемости (УЗ) ОИМ среди мужчин без учета возраста достоверно не различался и составил минимум в 2001 году 160 на 100 000 населения (0/0000) и максимум в 2004 году - 1850/0000 ($t=0,86$, $p<0,5$). Наименьший УЗ отмечен в группе до 29 лет: от 0 случаев в 2005г. до максимума 3,10/0000 в 2011г. (РП-3,1 0/0000). В группе 30-39 лет: от 260/0000 в 2005г. до 620/0000 в 1999г. (РП-360/0000); 40-49 лет: от 1920/0000 в 2011г. до 2630/0000 в 2004г. (РП-710/0000); в группе 50-59 лет с 4120/0000 в 2002г. до 5840/0000 в 1999г. (РП-1720/0000); в группе «60 лет и более»: от 5600/0000 в 2000г. до 739 0/0000 в 2007г. (РП-1790/0000). УЗ внутри возрастных групп подвержен флюктуациям и достигает своего максимального размаха в группе «60 лет и более» (РП=1790/0000, ДРП =24,2%). В каждой возрастной группе УЗ превышает таковой в предыдущей группе: сравнивая верхнюю доверительную границу (ВДГ) УЗ в каждой группе с ВДГ группы сравнения «до 29 лет»), ОР составляет: в группе 30-39 лет-20,0, в группе 40-49-84,8, в группе 50-59-188,4, в группе «60 лет и более»-238,4; Абсолютно достоверная разница в УЗ выявлена между группами до 29 лет, 30-39, и 40-49 (трансгрессии нет, $p<0,05$).

Заключение:

За последние 15 лет уровень возрастной заболеваемости острым инфарктом миокарда среди мужчин сохраняется стабильным. Заболеваемость подвержена недостоверным флюктуациям в разные годы, но сохраняется ее определенный уровень внутри каждой возрастной группы. С увеличением возраста абсолютно возрастает уровень заболеваемости, наибольшая доля риска выявлена для возрастной группы «60 лет и более».

10.6. ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ

Рахимова Н. А., Ходжаев А. И., Шакиров М. Р., Салимова Н. Р., Сарманов Ф. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. Ташкент, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить сравнительную динамику липидного профиля и нейроркогнитивных расстройств (НКР) при артериальной гипертензии (АГ) на фоне двух вариантов нейропротекции.

Материал и методы:

Обследовано 50 больных обоего пола (м-33,ж-17; средний возраст $50,64 \pm 9,6$ лет) АГ I-III степеней. Всем больным проводилась комплексная базисная терапия (БТ) (вальсартан 80мг/с+АСК 75 мг/с+индапамид+аторвастатин 20 мг/с). Далее больные по характеру нейропротекции рандомизированы в две группы: в 1-й (n=25) назначали L- аргинин 20 мг/с, во 2-ой (n=25) – цитиколин (1000мг) в/в, капельно №10. До и после 3 месячной терапии больным проводились стандартные исследования липидного профиля (на автоматическом анализаторе Dayton фирмы Randox ферментативным методом) и нейропсихологического статуса (шкала MMSE, тест рисования часов-ТРЧ, проба Шульте), а также нейрофизиологические и нейровизуализационные обследования.

Результаты:

Сравнительный анализ динамики липидного профиля показал, что у больных АГ ОХ снизился в 1-ой группе с $242,6 \pm 38,5$ до $186,4 \pm 32,5$ против $235,8 \pm 50,6$ и $202,1 \pm 43,5$ мг/дл во 2-ой группе, ТГ – со $175,3 \pm 34,8$ до $153,3 \pm 32,1$ против $185,5 \pm 38,4$ и $173,9 \pm 39,4$ мг/дл, ХСЛОНП с $35,0 \pm 11,0$ до $30,7 \pm 12,4$ против $37,1 \pm 17,7$ и $34,8 \pm 17,9$ мг/дл, ХСЛПНП со $165,6 \pm 32,2$ до $111,5 \pm 27,3$ против $155,4 \pm 44,4$ и $121,3 \pm 40,6$ мг/дл, соответственно ($p<0,05$). То есть все атерогенные фракции липидного профиля достоверно уменьшились в обеих группах, но более выражено в группе L-аргинина, нежели цитиколина. Это сопровождалось ростом значений ХСЛПВП в 1-ой группе с $42,0 \pm 9,5$ до $44,0 \pm 6,8$ против $44,1 \pm 8,2$ и $46 \pm 7,8$ мг/дл ($p<0,05$). При этом коэффициент атерогенности в 1-ой группе уменьшился с $4,9 \pm 1,2$ до $3,4 \pm 0,7$, а во 2-ой группе с $4,4 \pm 1,1$ до $3,5 \pm 1,0$ ($p<0,05$). НКР по MMSE регрессировали равномерно в обеих группах, по ТРЧ нормальные показатели регистрировались в 1,5 раза чаще в 1-ой группе, нежели во 2-ой, по пробе Шульте в 1-ой группе улучшение отмечено у 44% против 64% - во 2-ой ($p<0,05$). В целом же положительная динамика нейропсихологического статуса отмечена у 68% 1-ой и у 80% 2-ой группы. Эта динамика НКР достоверно чаще наблюдалась при легких и умеренных вариантах сосудисто-мозговой

недостаточности, что верифицировалось по динамике липидного профиля, нейрофизиологических и нейровизуализационных показателей.

Заключение:

L-аргинин и цитиколин продемонстрировали суммарный положительный эффект в отношении липидного профиля и НКР у больных АГ с НКР, но более значимый липидкорректирующий – в группе L-аргинина, а нейропротективный – в группе цитиколина.

10.7. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЛИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Гальцова О. А., Романенко В. В.

БелМАПО, МОКБ, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Патологическое ремоделирование миокарда, которое развивается после перенесенного ОИМпСТ приводит к развитию ХСН. В этой связи весьма актуальным становится исследование качества жизни и психологического статуса в зависимости от состояния кардиогемодинамики у пациентов, перенесших ОИМпСТ и подвергшихся ЧКВ или ТЛТ. Цель: установить взаимосвязь между КЖ, психологическим статусом и состоянием кардиогемодинамики у пациентов, перенесших ОИМпСТ и ЧКВ или ТЛТ.

Материал и методы:

Обследовано 111 пациентов мужского пола, перенесших ОИМпСТ, 58,6% из которых 65 (58,6%) подверглись ЧКВ и 46 (41,4%) – ТЛТ. Эхокардиографическое исследование проводилось в среднем на 5-7 сутки после ЧКВ или ТЛТ и в отдалённом периоде на ультразвуковой установке VIVID – 7 PRO, (фирма General Electric). Определялись линейные и объёмные показатели, ФВ левого желудочка. Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36 (шкала GH – общее состояние здоровья, PF – физическое функционирование, SF – социальное функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, BP – интенсивность боли, VT – жизненная активность, MH – психическое здоровье). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют 2 показателя: душевное и физическое благополучие [19]. Уровни ситуативной и личностной тревожности оценивались с помощью теста Спилберга-Ханина. Уровень тревожности менее 30 баллов оценивался как низкий, 31-44 балла – умеренный, 45 и более баллов – высокий. Наличие и выраженность клинической депрессии устанавливали с помощью шкалы депрессии Бека. Общий результат 0-9 баллов свидетельствовал об отсутствии депрессии, 10-19 баллов – о легкой и умеренной депрессии, более 19 баллов – о клинически значимой депрессии. Для изучения влияния выраженности ХСН на КЖ и психологический статус пациенты после ЧКВ и ТЛТ были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия в отдалённом периоде клинико-эхокардиографических признаков ХСН. Пациентов после ЧКВ без признаков ХСН с ФВ в отдалённом периоде >45% (58,4±0,8) было 54 и с ФВ<45% (39,8±1,4) – 11. Пациентов после ТЛТ без клинических признаков ХСН с ФВ в отдалённом периоде >

45% (58,6±0,7) было 40 и с ФВ < 45% (41,0±2,0) – 6.

Результаты:

У пациентов после перенесенного ОИМпСТ и ЧКВ наблюдалось значительно большее количество баллов согласно шкале депрессии Бека у пациентов с ФВ<45% по сравнению с пациентами с ФВ>45%. У пациентов с ФВ<45% по сравнению с пациентами с ФВ>45% были достоверно ниже общее состояние здоровья, физическое функционирование, психическое здоровье. У пациентов после проведения ТЛТ с ФВ<45% показатели тревожно-депрессивного статуса не отличались от таковых с ФВ>45%. Наблюдались достоверно более низкие показатели общего состояния здоровья, физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, интенсивности боли, жизненной активности по сравнению с пациентами с ФВ>45%. Показатели качества жизни у пациентов после ЧКВ и ТЛТ в целом и в группах пациентов с ФВ в отдалённом периоде < 45% и ФВ> 45% достоверно не различались.

Заключение:

Следовательно, значительное нарушение качества жизни и усиление тревожно-депрессивного статуса в значительной степени зависит от выраженности ХСН и в меньшей степени от используемого для лечения ОИМпСТ метода реваскуляризации миокарда.

10.8. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИБЕЛИ БОЛЬНЫХ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В НЕПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ

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

ФГБУ "НИИ Кардиологии»

Введение (цели/задачи):

Изучить условия и обстоятельства гибели больных от острого инфаркта миокарда (ОИМ) в непрофильных стационарах города Томска в 2012 году.

Материал и методы:

В 2012 году, по данным программы «Регистр острого инфаркта миокарда» было зарегистрировано 187 случаев смерти больных от ОИМ в непрофильных стационарах. Анализу подвергнуто 163 (87,2%) случая. Среди умерших 95,7% составили лица старше 60 лет. Мужчин было 44,2%, женщин – 55,8%.

Результаты:

Каждый третий больной (39,9%) с ОИМ доставлялся в приемное отделение бригадой скорой помощи с подозрением на другую патологию. Непосредственно в стационаре ОИМ развился у 60,1% больных на фоне другого заболевания. Типичная клиника ОИМ имела место у 23,3% больных, из атипичных форм чаще всего встречался астматический – 28,8% и коллаптоидный – 25,6% вариант. Страдали при жизни стенокардией 84%, артериальной гипертензией – 98,2%, сахарным диабетом – 32,5%, постоянной формой фибрилляции предсердий – 20,9% умерших. Перенесли в прошлом ОИМ – 26,4% больных, у 22,1% – отмечалась тяжелая степень хронической сердечной недостаточности (ХСН). Изменения на электрокардиограмме, позволяющие заподозрить ОИМ, выявлены у 40,4% больных. При первичном осмотре больного врачом диагноз ОИМ был выставлен в 33,1% случаев. Все случаи характеризовались осложненным течением. Чаще всего встречался кардиогенный шок – 44,2%, острая левожелудочковая

недостаточность – 47,9%, ХСН – 54%, нарушения сердечного ритма – 25,2%.

Заключение:

Все эпизоды гибели больных от ОИМ в непрофильных стационарах представляют собой тяжелые в диагностическом, клиническом и прогностическом плане случаи. В силу тяжести состояния или быстрого наступления летального исхода они не были переведены в специализированное отделение. Сложившаяся ситуация является проявлением увеличения в возрастной структуре больных ОИМ лиц пожилого возраста. Это требует от врачей приемных отделений повышенной настороженности в отношении ОИМ у лиц данного возраста.

10.9. НАЧАЛО СИМПТОМОВ ОКС, СРОКИ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОКС В Г. МОСКВЕ, 2012Г.)

Какорин С. В., Эрлих А. Д., Калинкина А. А.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ»,
НИИ Физико-химической медицины ФМБА,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) в г. Москве от ноября 2012 г. изучить время появления симптомов ОКС, сроки обращаемости за медицинской помощью и госпитализации больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО) в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы.

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в БКР стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали ОКС, нормальный и нарушенный УО, время появления первых симптомов ОКС, время первого обращения за медицинской помощью и сроки госпитализации в стационары. Диагноз нарушенного углеводного обмена ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты:

Из 584 карт проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе обследования ОКС и неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленный нарушенный УО (ВВНУО) был у 87 больных. Таким образом, общее число больных с нарушенным УО составило 202 (36,9%) из 548 человек с ОКС. Нормальный УО был у 346 (63,1%) из 548 больных. В группе больных с нормальным УО время от появления клинических симптомов ОКС до времени первого обращения за медицинской помощью составило: менее 3 часов у 194 чел. (56%), 3-6 часов – у 73 чел. (21,1%), 6-12 часов – у 48 чел. (13,9 %), 12-24ч – 21 чел. (6%), 2-7 сут. – 6 чел. (1,8%), свыше 1 нед. – 4 чел. (1,2%). В группе больных с СД2 в анамнезе данный интервал составил: менее 3 часов у 39 чел. (33,9%), 3-6 часов – у 22 чел. (19,1%), 6-12 часов – у 17 чел. (14,8%), 12-24ч – 17 чел. (14,8%), 2-7 сут.

– 16 чел. (13,9%), свыше 1 нед. – 4 чел. (3,5%). В группе больных с ВВНУО: менее 3 часов у 12 чел. (13,8%), 3-6 часов – у 13 чел. (14,9%), 6-12 часов – у 19 чел. (21,8%), 12-24ч – 40 чел. (46%), свыше 1 нед. – 3 чел. (3,4%). Далее был определен интервал между первым обращением за медицинской помощью и сроками госпитализации. В группе больных с нормальным УО данный интервал составил: менее 3 часов у 318 чел. (91,9%), 3-6 часов – у 14 чел. (4%), 3-12 часов – у 7 чел. (2%), 12-24ч – 6 чел. (1,7%), 2-7 сут. – 1 чел. (0,3%). В группе больных с СД2 в анамнезе данный интервал составил: менее 3 часов у 98 чел. (85,2%), 3-6 часов – у 7 чел. (6,1%), 3-12 часов – у 3 чел. (2,6%), 12-24ч – 3 чел. (2,6%), 2-7 сут. – 4 чел. (3,5%). В группе больных с ВВНУО: менее 3 часов у 75 чел. (86,2%), 3-6 часов – у 6 чел. (6,9%), 3-12 часов – у 3 чел. (3,5%), 12-24ч – 2 чел. (2,3%), 2-7 сут. – 1 чел. (1,1%).

Заключение:

Обращаемость за медицинской помощью в первые 3 часа от времени появления симптомов ОКС была достоверно чаще в группе больных с нормальным УО (56%) по сравнению с имеющими в анамнезе СД2 (33,9%, $t=2,83$, $p<0,01$) и ВВНУО (13,8%, $p<0,001$), в интервале времени 3-6 и 6-12 часов достоверность полученных данных между группами низкая $t=1,6$, $p<0,07$, в интервале времени 12-24 часа составила 6%, 14,8% ($p<0,01$) и 46% ($p<0,001$) соответственно. В первые 3 часа от обращения за медицинской помощью были госпитализированы 91,9% больных с нормальным УО, 85,2% с СД2 и 86,2% с ВВНУО.

10.10. ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ Г. АЛМАТЫ

Балканай Г. Б., Маденов Н. Н., Елеусиз М.,
Еркасимова А. Б., Омарбекова Д. К., Оспанова Ш. Ш.,
Кенбаева Ж. К.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГККП на ПХВ
ССМП п/с 3, г. Алматы, Республика Казахстан

Введение (цели/задачи):

Проблема острого нарушения мозгового кровообращения является важнейшей для здравоохранения и социальной среды. ОНМК занимает второе место в структуре причин смерти населения и является основной причиной инвалидизации. Целью нашего исследования явилось проведение анализа оказания недифференцированной помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе. Задачи: Анализ карт вызовов СМП к больным с ОНМК, определение контингента больных обращающихся за помощью. Изучение клиники ОНМК и оказания помощи на догоспитальном этапе.

Материал и методы:

При ретроспективном анализе карт вызовов станции СМП г. Алматы было отобрано 95 больных с рабочим диагнозом ОНМК. Среди них 63,2% женщины, 36,8% мужчины. Наибольшее количество вызовов приходится на возраст с 61-80 лет и выше примерно 73,6%. Среди них женщины 45,2% и мужчины 28,3%. На возраст с 21-60 лет приходится 26,4% (муж-8,5%, жен-17,9%).

Результаты:

В течение суток наибольшее количество вызовов приходится на время физической активности с 9:00 до полуночи, что составило 88,4%. Время от момента ухудшения состояния боль-

ного до вызова СМП в 31,6% составило до 6 часов. Основными жалобами, предъявляемыми больными в 43,2% было на нарушение речи, в 33,7% головную боль, в 20% тошноту, в 11,6% на головокружение, а в 16,8% случаев рвоту. По картам вызовов врачи в 54,7% оценивали состояние больного как средней тяжести, 26,3% тяжелое, 15,8% крайне тяжелое, агональное 2,1%. Степень угнетения сознания у 14,6% оценивалось как оглушенное, в 9,5% сопор, 15,8% кома. Нарушение функции дыхания у больных с ОНМК отмечалось как патологическое в 13,7%, тахипноэ было у 31,6%. Артериальное давление к моменту прибытия бригады СМП в 27,4% случаев было ниже 140/90 мм рт. ст., а цифры 180/110 и более в 43,2%, поэтому можно предположить, что около половины больных с ОНМК явилось следствием гипертонического криза. Из очаговой симптоматики у больных на догоспитальном этапе можно выделить наличие парезов и параличей конечностей в 48,6% случаев, причем гемипарез право- и левосторонний встречался примерно в равных количествах случаев. Нарушение речи было отмечено в 45,2%, асимметрия носогубной складки в 35,7%, анизокория в 14%. На наличие повторного острого нарушения мозгового кровообращения указывалось у 9,5% больных. Обращает на себя внимание тот факт, что врачи СМП лишь в 18,9% случаев указывали на тип течения ОНМК, из них в 12,6% было по ишемическому типу, а в 6,3% по геморрагическому типу, что по видимому связано с трудностью дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе. Процент госпитализации составил 61%, и у 97,8% из них диагноз был подтвержден в стационаре, 2,2% остались под наблюдением в приемном покое. Наиболее часто используемые препараты на догоспитальном этапе явились цераксон 1000 мг в/в, фуросемид и эуфиллин в 31,5%, эбрантил 50 мг в/в, эгилон 50 мг п/я, магния сульфат в 30,5%. Оксигенотерапия проводилась в 2,2%.

Заключение:

Частота встречаемости ОНМК в старших возрастных группах, причем преобладающее количество вызовов в дневное время суток. Тип течения ОНМК врачами СМП указывалось только у 19% больных, вследствие сложности диагностики, и терапия в основном направлена на проведение недифференцированной помощи на догоспитальном этапе: восстановление функции жизненно важных органов, стабилизация артериального давления.

10.11. ОТНОШЕНИЕ К ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦРБ УДАЛЕННОГО РАЙОННОГО ЦЕНТРА

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

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

Введение (цели/задачи):

Отношение пациентов к своему заболеванию и возможностям лечения в настоящее время изучено недостаточно, особенно среди пациентов небольших населенных пунктов. Цель исследования: изучить отношение к информации о своем заболевании и его лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ЦРБ удаленного районного центра

Материал и методы:

Проведено анкетирование больных кардиологического профиля терапевтического отделения ЦРБ, давших согласие на анкетирование.

Результаты:

Возвращено 54 анкеты (59%). Источником информации для пациентов являются: 39 (72%) - лечащий врач, 8 (15%) - газеты, журналы и интернет, 7 (13%) - другие больные. 27 (50%) респондентов хотели бы, чтобы врач советовался с ними по поводу назначаемого лечения, 23 (43%) считают, что советоваться не нужно и 4 (7%) - не уверены в своем решении. 26 (48%) пациентов готовы знать всю правду о своем заболевании, даже если это диагноз смертельной, неизлечимой болезни; 25 (46%) считают, что врач должен сам осознавать, что им можно говорить и 3 (6%) готовы слышать всё, кроме диагноза неизлечимой болезни. 32 (59%) респондентов специально спрашивали у врача причину возникновения заболевания, 29 (54%) - как его лучше лечить, 30 (56%) - вылечивается ли оно, 46 (85%) - о возможных осложнениях, 42 (78%) - о вероятности наступления смерти. Говоря о желании знать о возможностях лечения заболевания: только 16 (30%) хотят знать о возможностях лечения в масштабах всей страны, 16 (30%) - о возможностях лечения в областном центре, 8 (15%) не хотят знать ничего, кроме того, что знают, 8 (15%) хотят знать только о том лечении, что назначил лечащий врач, 6 (10%) - о возможностях лечения в данном районном центре.

Заключение:

Основным источником информации о заболевании для большинства опрошенных пациентов является лечащий врач. Только половина респондентов готова знать всю правду о своем диагнозе и принимать участие в обсуждении возможных вариантов терапии. Пациенты неактивны в поиске дополнительной информации о своем заболевании. Анкетированных в большей мере интересует вероятность тяжелых осложнений, чем причины заболевания и возможности его лечения.

10.12. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Белихина Т.И., Пивина Л.М., Апсаликов К.Н., Керимкулова А.С., Маркабаева А.М., Батенова Г.Б., Курумбаев Р.Р., Кошпесова Г.К.

НИИ радиационной медицины и экологии, Государственный медицинский университет, г. Семей, Казахстан

Введение (цели/задачи):

Ядерные испытания на Семипалатинском полигоне привели к радиоактивному загрязнению обширных территорий Казахстана и облучению огромных по численности групп населения. Исследования по оценке связи заболеваний системы кровообращения (БСК) у населения Восточно-Казахстанской области с радиационным воздействием свидетельствуют о наличии радиогенных рисков среди экспонированных радиацией групп с дозами облучения, превышающими 200 мЗв.

Материал и методы:

Проведен анализ базы данных Государственного научного автоматизированного регистра населения, подвергавшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия. Изучена распространенность БСК в группах радиационного риска (всего 6 347 человек), включающих лиц, подвергшихся прямому облучению, и их потомков (основная группа). Контрольная группа представлена лицами, прибыв-

шими на изучаемые территории после прекращения ядерных испытаний. Показатели смертности изучены по 5160 актам-сертификатам о причине смерти за период 2008-2013 гг.

Результаты:

На протяжении всего исследования уровни распространенности БСК в основной группе и группе сравнения колебались в пределах 575,2 - 630,5 случаев на 1000 населения и достоверно превышали показатели контроля (402,3 - 436,7 случая). В 2010 году уровень БСК в основной группе составил 611,8 на 1000 населения, в контрольной группе 428,7 случая на 1000 населения ($RR=1,43$; $p<0,05$); в 2012 году - 638,2 и 405,8 случаев соответственно в группах исследования ($RR=1,58$; $p<0,05$). Высокие относительные риски БСК зарегистрированы в возрастных стратах 30-39 лет, 40-49 и 50-59 лет лиц основной группы ($RR=2,08$; 1,94; 1,89 соответственно). В структуре БСК первое место занимала артериальная гипертензия (АГ) (27,4%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (20,3%), цереброваскулярные болезни (19,6%). В основной группе показатели смертности от БСК колебались в пределах 925,9-960,3 случаев на 100 000 населения, в контрольной группе 574,0-618,3 случая (среднегодовое RR для основной группы составило 1,57; $p<0,05$).

Заключение:

Полученные результаты демонстрируют связь прямого радиационного воздействия с существенным увеличением уровней БСК в основной группе среди лиц, подвергавшихся прямому облучению (возрастные страты 40-60 и более лет), а так же среди потомков в возрастных стратах 30-39 лет.

10.13. ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ОБЛУЧЕНИЮ: КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пивина Л. М., Апсаликов К.Н., Гроше Б., Белихина Т.И., Керимкулова А.С.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
г. СЕМЕЙ, КАЗАХСТАН, НИИ РАДИАЦИОННОЙ
МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ, КАЗАХСТАН, ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
ОФИС РАДИАЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ, ГЕРМАНИЯ

Введение (цели/задачи):

Впервые повышенные риски развития заболеваний сердца и инсультов были установлены при исследовании пациентов, подвергшихся терапевтическому облучению при лечении болезни Ходжкина, рака молочной железы и пептической язвы желудка. При низкодозовом диапазоне первые доказательства повышения рисков болезней системы кровообращения были получены в исследовании Life Span Study среди лиц, переживших атомную бомбардировку. Целью настоящего исследования явилось изучение смертности от болезней системы кровообращения и установление дозовой зависимости путем проведения когортного исследования.

Материал и методы:

Экспонированная когорта включила 9850 жителей десяти населенных пунктов с дозами облучения до 0,633 Гр. Контрольная группа была полностью совместима с экспонированной и включила 9604 жителей. Были рассчитаны стандартизованные показатели. Относительные риски для экспонированной группы в сравнении с контрольной представлены по трем группам заболеваний: все БСК, болезням сердца, и инсультам. При сравнительном анализе учитывались возраст, пол и

национальность. Для выполнения дозо-зависимого анализа был применен метод регрессии Пуассона для использования модели относительного риска с использованием компьютерной программы EPICURE с пакетами DATAB и AMFIT.

Результаты:

Повышение относительных рисков наблюдалось во всех трех группах. Для всех случаев смерти от БСК относительный риск в экспонированной когорте составил 2,29 [2,13;2,47] в сравнении с контрольной группой. Соответствующие показатели для болезней сердца и инсультов составили 2,24 [2,04;2,47] и 2,41 [2,10;2,76]. Относительный риск для инсульта составил 1,27 [1,11;1,45] для русских в сравнении с казахами. Наблюдалась тенденция повышения риска смертности с увеличением периода времени после облучения.

Заключение:

Отмечен значительно повышенный риск смертности от кардиоваскулярных заболеваний среди лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

10.14. ПРЕВАЛЕНТНОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Пионова Е. Н.

ХАРЬКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Проанализировать распространенность факторов кардиоваскулярного риска (КВР) у пациентов с коморбидной патологией в зависимости от состояния толщины комплекса интимомедиа (ТИМ) общей сонной артерии.

Материал и методы:

Обследовано 67 пациентов средний возраст $54,023 \pm 8,57$ лет с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением, из которых 38,8% мужчин и 61,2% женщин. Исследование ТИМ проводилось методом дуплексного сканирования 7,5 Гц на аппарате SIEMENS G50 (USA). Факторы КВР оценивались согласно рекомендациям ESH/ESC по контролю АГ, 2013.

Результаты:

Пациенты разделены на две группы в зависимости от состояния экстракраниальных сосудов. Первую группу составили пациенты АГ и нормальной ТИМ, в которую вошли пациенты с диагностированным утолщением ТИМ и наличием атеросклеротической бляшки ($n=32$), вторую группу составили пациенты с нормальной ТИМ ($n=35$). Выявленные факторы КВР у пациентов первой группы: мужчин - 53%, из них в возрасте ≥ 55 лет - 21,9%, женщины в возрасте ≥ 65 лет - 9,4%, гиподинамия - 71,9%, гипергликемия в анамнезе - 15,2%, ожирение ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$) - 56,3%, абдоминальный тип ожирения - 71,9%, дислипидемия - 65,6%, при этом гипертриглицеридемия - 100%, нарушение глюкометаболического профиля натошак - 37,5%, курение - 45%, отягощенная наследственность - 59%. Факторы КВР, выявленные во второй группе пациентов: мужчин - 28,6%, в возрасте ≥ 55 лет - 100%, женщины в возрасте ≥ 65 лет - 2,9%, гиподинамия - 60%, гипергликемия в анамнезе - 8,6%, ожирение ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$) - 37,1%, абдоминальный тип ожирения - 77,1%, дислипидемия - 48,6%, при этом гипертриглицеридемия - 85,7%, нарушение глюкометаболического профиля натошак - 14,3%, курение - 37%, отягощенная наследственность - 48%.

Заключение:

Наиболее prevalentными факторами КВР являются ожирение, особенно, абдоминального типа, гиподинамия и дислипидемия у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением. Сочетание и увеличение относительного количества факторов КВР ассоциируется с повреждением органов-мишеней.

10.15. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС), ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ КОРОНАРНОЕ СОБЫТИЕ (ОКС), К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ЗАНЯТИЯМ ДЛИТЕЛЬНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

ШВЕЦОВА Д. В., ЦАРЕВ Ю. К., ГУЛЯЕВ П. В.

КИРОВСКАЯ ГМА, КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, г. Киров, Россия

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить приверженность больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших острое коронарное событие (ОКС), к медикаментозной терапии и занятиям длительными физическими тренировками (ФТ) на поликлиническом этапе реабилитации.

Материал и методы:

Было проведено обследование 100 больных с ИБС (мужчин – 83,1±1,3%, средний возраст – 53,6±0,9 года): среди них перенесших инфаркт миокарда – 87,4±2,7%, перенесших нестабильную стенокардию 2,9±0,7%, после аорто-коронарного шунтирования – 9,7±1,2%. Пациенты методом случайных чисел через 2 месяца после перенесенного ОКС рандомизированы на две группы: наблюдения (50 человек) и сравнения (50 человек), сопоставимые по возрасту и полу, основной и сопутствующим патологиям. Все пациенты, группы наблюдения и сравнения, получают стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний в соответствии со стандартами ведения. В группе наблюдения в дополнение к терапии в течение 6 месяцев проводились ФТ по программе, рекомендуемой ГНИЦ ПМ МЗ РФ (РИФТ ПРОКИ, 2010), а также проходили обучение в «Школе для коронарных больных». Методы исследования: согласно методике исследования всем пациентам проводилось углубленное клинико-инструментальное обследование, включавшее детальный анализ анамнестических данных и предшествующей медикаментозной терапии, физикальный осмотр, лабораторные показатели.

Результаты:

В первые три месяца исследования в группе наблюдения приверженность к медикаментозной терапии и занятиям длительными ФТ составила 95%, в группе сравнения – 90%. В последующем, в группе сравнения наблюдалась тенденция к снижению приверженности к медикаментозной терапии и выполнению рекомендаций врача и через 6 месяцев составила 48%. В группе наблюдения приверженность к медикаментозной терапии оставалась на высоком уровне и составила 94%. Однако, большинство больных ИБС группы наблюдения перестают заниматься ФТ почти в 50% случаев к 6 месяцам исследования.

Заключение:

Таким образом, необходимы новые подходы к отработке взаимодействия врача и пациента в первичном звене здраво-

охранения, как основы для развития мотивации к занятиям длительными физическими тренировками больных и приверженности к лечению, а так же новые подходы к формированию и работе школ для коронарных больных и их родственников.

10.16. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В МЕНОПАУЗЕ

БАРБУК О. А., МАНАК Н. А., КАРПОВА И. С., МАЦКЕВИЧ С. А., СОЛОВЕЙ С. П.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Оценить приверженность к лечению гиполипидемическими препаратами у женщин со стенокардией напряжения II функционального класса (ФК) в разные фазы менопаузы.

Материал и методы:

Обследовано 99 женщин со стенокардией напряжения II ФК в период менопаузы (средний возраст 53,7±2,73 года). Гормональный статус верифицирован определением женских половых гормонов в сыворотке крови. В зависимости от фаз климакса сформированы 3 группы: 1-я группа — 39 женщин в перименопаузе, 2-я группа — 30 в ранней постменопаузе и 3-я группа — 30 женщин в поздней постменопаузе. Всем пациенткам определяли липидный профиль с применением стандартных реактивов фирмы «CORMAY». В качестве гиполипидемической терапии назначался аторвастатин в суточной дозе 20 мг на фоне базового антиангинального лечения.

Результаты:

У 93 (94%) женщин в менопаузе исходно выявлена дислипидемия, отмечалось повышение уровня ОХС (выше 4,5 ммоль/л). Однако более выраженная гиперхолестеринемия (5,95(5,40-6,80)) и гипертриглицеридемия (1,73(1,10-2,50)), а также повышение холестерина ЛПОНП наблюдались в фазе ранней постменопаузы, что соответствует и частоте встречаемости этих нарушений липидного обмена в данной группе наблюдения (90%, 53,3% и 66,7% случаев соответственно). У женщин в перименопаузе обращает на себя внимание достоверное повышение уровня ОХС и ЛПНП в 86,5% случаев, снижение концентрации ЛПВП (45,9%, $p<0,05$) в плазме крови и высокий коэффициент атерогенности (59,4%), а в поздней постменопаузе сохраняется, как и в первых двух группах, повышенный уровень ОХС (90%) и ЛПНП (76,6%). Липидснижающую терапию регулярно получали все женщины в течение 3 месяцев. Анализ комплаентности к гиполипидемической терапии через 6 месяцев показал, что в фазе перименопаузы приверженность к лечению сохранялась только у 30,3% пациенток, в ранней постменопаузе – у 40% женщин и лишь в фазе поздней постменопаузы приверженность к лечению гиполипидемическими препаратами оказалась на уровне 60%.

Заключение:

Таким образом, невысокая приверженность к липидснижающей терапии у женщин в самом начале наступления менопаузы является неблагоприятным фактором, способствующим прогрессированию атеросклероза. Эти результаты предполагают, более активное наблюдение кардиолога за женщинами со стабильной стенокардией в дебюте менопаузы.

10.17. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

АЛЕХИНА Л. А., ВЛАСОВА К. В., БОНЦЕВИЧ Р. А.,
ПОКРОВСКАЯ Т. Г.

НИУ "БелГУ", ОГБУЗ "БОКБ Св. Иоасафа",
г. Белгород, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить регулярность приема гипотензивных средств пациентами с артериальной гипертензией. Оценить распространенность самостоятельной коррекции пациентами схем терапии, а также структуру этих изменений.

Материал и методы:

Для исследования была разработана оригинальная анкета опроса больных, имеющих повышение уровня артериального давления. В исследование вошли 30 стационарных больных некардиологического профиля. Среди них 6,7% моложе 40 лет, 23,3% - 40-60 лет и 70% старше 60 лет.

Результаты:

Среди опрошенных 6,7% не принимают препараты для снижения артериального давления, 43,3% принимают постоянно, 23,3% принимают лекарственные препараты при повышении артериального давления, сопровождающимся плохим самочувствием, 16,7% принимают препараты некоторое время, но когда уровень АД нормализуется, перестают, 6,7% иногда забывают принять препарат, 3,3% принимают лекарственные препараты при повышении уровня АД выше «рабочего». 67% опрошенных сами корректировали схему антигипертензивной терапии. Среди них 82,4% изменяли дозировку лекарственных препаратов, 58,8% - кратность приема, 41,2% сами добавляли препарат(-ы) к назначенной схеме антигипертензивной терапии, 35,3% изменяли препарат (при монотерапии), 17,6% отменяли 1 из препаратов.

Заключение:

В ходе проведенного исследования было обнаружено, что 56,7% опрошенных нерегулярно принимают препараты для снижения АД или не принимают их вовсе. Выявлено, что большинство опрошенных сами корректировали схему антигипертензивной терапии, причем наиболее часто пациенты изменяют дозировку, кратность приема гипотензивных средств, а также добавляют препарат(-ы) к назначенной схеме антигипертензивной терапии.

10.18. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЕЁ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

МУХИДИНОВ Х. Х., ИШАНКУЛОВ Ш., ЕРОВ Д.,
РАУПОВ А., САДЫКОВ А.

Согдийский областной кардиологический центр,
Таджикистан

Введение (цели/задачи):

Изучение распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и её модифицируемых факторов риска (ФР) в Согдийской области Республики Таджикистан (РТ) за 2008-2013 гг.

Материал и методы:

Осуществлены скрининговые исследования на ИБС, её основные факторы риска в разрезе городов и районов Согдийской области РТ. Изучены статистические показатели по области в сравнении

с республиканскими данными. Реализованы приоритетные задачи Национальной программы профилактики, диагностики и лечения ИБС на 2007-2015 гг. по Согдийской области.

Результаты:

Первичная заболеваемость ИБС в Согдийской области составила в 2008 году 61,1 на 100 000 населения, тогда как в 2010 году данный показатель составил 125,8 (прирост первичной заболеваемости в течении трех лет составил 106%). Начиная с 2010 года показатель первичной заболеваемости ИБС имел тенденцию к снижению и в 2013 году достиг уровня 62,5 на 100 000 населения (здесь снижение первичной заболеваемости составила 101,3%). Распространенность ИБС по области составила в 2008 году 227,0 на 100 000 населения (в 2010 - 426,5 - прирост составил 88%). Начиная с 2010 года показатель распространенности ИБС стабилизировался на уровне 435,7 на 100 000 населения (2013г.). Смертность от ИБС по области в 2009 году составила 30,0 на 100 000 населения, а в 2011 году данный показатель стал равен 48,2, т.е. отмечено увеличение на 60,6%. Начиная с 2012 года по настоящее время наблюдается устойчивое снижение данного показателя. В разрезе городов и районов области показатель распространенности ИБС имеет большую разницу: колеблясь в пределах 123,3 на 100 000 населения (Кухистони Мастчинском районе) до 691,7 в городе Худжанде и 961,1 в Аштском районе. Среди основных факторов риска ИБС в области наиболее распространены такие ФР как курение, избыточная масса тела и ожирение, гиперхолестеринемия и низкая физическая активность. По этим показателям разработаны конкретные профилактические вмешательства в популяцию в соответствии с планами реализации "Национальной программы" и материалов ВОЗ "PEN 1-4".

Заключение:

Наш анализ показал, что более высокие показатели распространенности ИБС определяются социально-экономическим статусом и сложившимися в течении многих лет особенностями уклада жизни в определенных городах и районах области (г. Худжанд, Истаравшан, Б.Гафуров, Исфара, г.Кайраккум, г.Чкалов). Здесь же отмечена детерминированность распространенности кардио-васкулярной патологии и смертности с интенсивностью проявлений в популяции основных ФР ИБС.

10.19. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА У НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ЯДЕРНОМУ ПОЛИГОНУ

КЕРИМКУЛОВА А. С., МАРКАБАЕВА А. М., ВЕБЕР В. Р.,
МОЛДАГАЛИЕВА Ж. Т., ПИВИНА Л. М.

Государственный медицинский университет г. Семей,
Консультативно-диагностический центр
г. Семей, КАЗАХСТАН,
Новгородский государственный университет, Россия

Введение (цели/задачи):

Оценить распространенность сердечно-сосудистой патологии, артериальной гипертензии (АГ) и факторов риска по результатам I скрининга и углубленного обследования населения, пострадавших от действия бывшего Семипалатинского ядерного полигона.

Материал и методы:

Проведен скрининг населения, включающее анкетирование и

обследование населения бывшей Семипалатинской области Республики Казахстан, прилегающее к ядерному полигону. Использована специально созданная анкета с включением подробного медицинского обследования.

Результаты:

Представлены результаты скрининга за период с 2002 по 2009 годы, всего обследовано 24659 человек, из них мужчин 30% (7476), женщин 70% (17209), в возрастном диапазоне свыше 35 лет. Выявлено больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями 20633 (84%), из них больных, имеющих артериальную гипертензию 20106 (82%), артериальная гипертензия без сопутствующих других заболеваний сердца определена у 8507 (34%) человек. Проанализированы средние показатели и 95% доверительный интервал основных показателей. В группе больных с АГ представлены показатели возраста 57,8 лет (95% CI: 57,5-58,0); индекс массы тела (ИМТ) 26,6 (95% CI: 26,5-26,7); систолическое АД (САД) 131,4 (95% CI: 130,76-131,94); диастолическое АД (ДАД) 81,8 (95% CI: 81,45-82,06); ЧСС 71,4 (95% CI: 71,3-71,6); пульсового давления (ПАД) 49,6 (95% CI: 49,2-50,0). Лица, страдающие АГ, исследовались на фоне медикаментозной терапии. Исследована связь двух признаков методом ранговой корреляции по Спирмену. При сравнении двух групп больных АГ и без АГ с помощью U-критерия Манна-Уитни (при уровне статистической значимости $p < 0,01$) выявлено существование различий по возрасту ($p = 0,0001$), по уровню ДАД ($p = 0,002$).

Заключение:

Выявлена высокая распространенность сердечно-сосудистой патологией у жителей районов, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону, в том числе артериальной гипертензии, в большей степени с увеличением возраста. Выявлена связь между САД и ДАД с основными показателями (возрастом, пульсом, ПАД, ИМТ, АГ).

10.20. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРМЕНИИ

Андреасян Д.М., Зелвеян П.А.

Национальный институт здравоохранения
им. акад. С.Х. Авдалбекяна МЗ РА,
Центр превентивной кардиологии, г. Ереван, Армения

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – одна из актуальных проблем системы здравоохранения Армении и более 30 лет в структуре общей смертности населения смертность от них составляет около 50%, с тенденцией ежегодного омоложения. С целью выявления причин высокой смертности от ССЗ изучена распространенность поведенческих факторов риска (табакопотребления, употребления алкоголя, физической активности, ожирения) среди взрослого населения республики.

Материал и методы:

Исследование проведено в 2012г. в рамках программы «Оценка деятельности системы здравоохранения». Проанализированы данные репрезентативного опроса и обследования населения (включая г.Ереван и 10 регионов республики). Применен многоступенчатый метод формирования случайной выборки. Разработаны стандартный опросник и руководство по проведению исследования. Обследовано 1600 респондентов

(в г. Ереване 34%, в городах – 31,8%, в селах – 34,2%, данные репрезентативны для всей республики). С целью выявления избыточной массы тела проведены антропометрические измерения. Критерием избыточной массы тела принят показатель индекса массы тела – ИМТ ≥ 25 кг/м².

Результаты:

Распространенность курения среди населения составила 26%, среди мужской части населения – 55,4%; показатель курения увеличивается с ростом возрастных групп (наивысшие показатели табакопотребления зарегистрированы в возрастных группах 20-29 лет – 56,4% и 30-39 лет – 76%). По сравнению с возрастной группой 15-19 лет (7,4%) распространенность табакопотребления в вышеотмеченных группах почти в 10 раз выше. Распространенность ежедневного потребления алкогольных напитков, содержащих 20 г. этилового спирта, среди мужской части населения составила 11,2%, среди женской 0,5%. Распространенность гиподинамии составила 50%, преобладающая среди женской части населения – 53,7% (мужской 47,7%), а избыточной массы тела – 57%: среди женской части населения распространенность данного показателя 62,8%, мужской – 56,2%.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности поведенческих факторов риска и нездоровом образе жизни населения, что не может не сказаться на высоких показателях заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

10.21. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРМЕНИИ

Зелвеян П.А., Андреасян Д.М., Акопян З.Н.

Национальный институт здравоохранения
им. акад. С.Х. Авдалбекяна МЗ РА,
Центр превентивной кардиологии, г. Ереван, Армения

Введение (цели/задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из актуальных проблем здравоохранения Армении. На протяжении более 30 лет в структуре общей смертности населения смертность от ССЗ составляет около 50% и характеризуется тенденцией ежегодного омоложения. Эффективный контроль артериального давления (АД) является ключевой стратегией снижения бремени ССЗ.

Цель исследования: изучение распространенности повышенного АД среди населения в возрасте 15 лет и старше.

Материал и методы:

Исследование проведено в 2012г. в рамках программы «Оценка деятельности системы здравоохранения». Проанализированы данные 1600 респондентов (в г. Ереване – 34% и 10 регионах республики – в городах 31,8%, в селах – 34,2%). Использован многоступенчатый метод формирования случайной выборки; АД измерялось дважды осциллометрическим методом на каждой руке, с интервалом 3-5 мин.; критерием высокого АД (ВАД) приняты показатели САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.

Результаты:

Распространенность ВАД среди обследованного населения составила 34%. Она увеличивалась с ростом возрастных групп: в возрастной группе 30-39 лет ВАД выявлено у 23%, 40-49 лет – у 33%, а 50-59 лет – у 56%, 60-69 лет и старше – более чем у 70% населения. Распространенность ВАД в

1,4 раза выше среди мужчин (40%), у женщин – 28,7%. Установлено, что распространенность ВАД обусловлена уровнем благосостояния и образования: наивысший показатель АГ зарегистрирован в бедных и малообеспеченных группах населения (43%, 38%), а также у населения со средним уровнем образования (55%). Установлено, что распространенность ВАД незначительно, но выше у городской части населения (35 и 31%), что может быть обусловлено высокой физической активностью и спецификой питания жителей сельской местности. У 16% обследованных ВАД носит скрытый характер, т.е. респонденты не знали о ее наличии. С целью нормализации и контроля АД 14,9% из общего числа больных с АГ получали антигипертензивное лечение. Однако у 74% больных, которые принимали медикаменты в течение последних 24ч., показатели АД были $\geq 140/80$ мм рт.ст.

Заключение:

Высокая распространенность повышенного АД (34%) связана с немодифицируемыми (возраст, пол) и такими детерминантами, как уровень образования и благосостояния, место проживания. У 1/2 части населения ВАД характеризуется скрытым течением, что, безусловно, способствует снижению своевременной выявляемости, эффективного контроля и предотвращения развития ССЗ.

10.22. РЕГИСТР БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Пивина Л. М., Белихина Т. И., Апсаликов К. Н.,
Керимкулова А. С., Маркабаева А. М.,
Батенова Г. Б., Маукаева С. Б., Курумбаев Р. Р.

Государственный медицинский университет,
НИИ радиационной медицины и экологии,
г. Семей, Казахстан

Введение (цели/задачи):

Реализация профилактических программ требует контроля над выполнением и эффективностью проводимых мероприятий. Оценка реализации подобных программ возможна при помощи создания специальных регистров. Целью нашего исследования явилась разработка системы мониторинга болезней системы кровообращения (БСК) для жителей Казахстана, подвергшихся радиационному воздействию, на основе организации регистра БСК.

Материал и методы:

В 2012-2013 гг. выполнены скрининговые обследования населения Казахстана, подвергшихся радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне, с отбором лиц с БСК или высоким риском их развития. В исследование включены лица, подвергшиеся прямому радиационному воздействию в дозе 250 мЗв и, их потомки во II-IV поколениях. В качестве контроля включены лица, прибывшие на изучаемые территории после 1975 года, не подвергавшиеся облучению. Обследование населения включает осмотр терапевта, ЭКГ, биохимические анализы, ЭхоКГ, СМАД, ВРС- спектрометрию и заполнение анкеты с указанием радиационного маршрута родителей, а также традиционных факторов риска развития БСК. Информация внесена в базу данных тематического регистра БСК.

Результаты:

Всего в регистр вошли 1742 больных (72,2% женщин, 27,8%

мужчин; 68% казахов, 32% русских). Лица, подвергшиеся прямому облучению, составили 47,5 %. 37,12 % представлены потомками облученных родителей. Большинство больных подверглись радиационному воздействию в диапазоне малых ($7\text{-}35 \text{ мЗв}$) и сверхмалых (менее 7 мЗв) доз. 51,8% составили лица > 60 лет, 32,8 % - в возрасте 50-59 лет, 15,3% - 30-49 лет. В структуре БСК в группе потомков лиц, экспонированных радиацией, преобладали артериальная гипертония, стенокардия, постинфарктный кардиосклероз и цереброваскулярные заболевания (48,5%; 43,0%; 43,3% и 53,1% соответственно). Анализ ассоциированной патологии показал, что 56,8 % членов регистра (990 человек) страдали одновременно патологией щитовидной железы.

Заключение:

Создание и использование тематического регистра БСК у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, позволяет эффективно внедрять систему клинко-эпидемиологического мониторинга состояния здоровья лиц, проживающих на радиационно-загрязненных территориях Казахстана.

10.23. РЕГУЛЯРНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У МУЖЧИН

Кратнов А. Е., Силкина Е. Е.

ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, Дорожная клиническая больница на станции Ярославль, г. Ярославль, Россия

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – изучение влияния регулярного приема алкоголя на внутриклеточный метаболизм нейтрофилов (НФ) у мужчин.

Материал и методы:

Обследовано 103 мужчины в возрасте от 23 до 64 лет без ишемической болезни сердца, госпитализированных для профессионального осмотра. Изучали тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) в НФ, определение в фагоцитах активности миелопероксидазы, каталазы, глутатион-редуктазы, пероксида водорода. Для оценки 10-летнего риска развития сахарного диабета 2 типа (СД) использовался тест-опросник экспертов общества Финляндии (FINDRISK).

Результаты:

У 79 (76,7%) обследованных мужчин обнаружено ожирение: I степень – у 49 (62%), II степень – у 23 (29,1%) и III степень – у 7 (8,9%) пациентов. Выявлено, что мужчины с ожирением достоверно чаще употребляли алкоголь несколько раз в месяц ($38,7\% > 13,7\%$; $p = 0,02$). Пациенты с очень высоким риском развития СД, которые все страдали ожирением, также чаще других (40%) употребляли алкоголь. При поступлении в стационар у пациентов с ожирением были достоверно выше показатели спонтанного ($99,3 > 91,7$ нмоль восст. НСТ; $p = 0,01$) и стимулированного НСТ-теста ($107,8 > 102,8$ нмоль восст. НСТ; $p = 0,04$), а также активность миелопероксидазы ($5,4 > 4,8$ Sigma Units; $p = 0,04$) в НФ. Изучение внутриклеточного метаболизма НФ у обследованных пациентов в зависимости от степени ожирения выявило достоверное увеличение активности миелопероксидазы и снижение активности каталазы при максимальной степени ожирения. У пациентов с III степенью ожирения данные параметры достигали критических значений: активность миелопероксидазы – 10,3 SED,

активность каталазы – 167,8 мкат/л. Употребление алкоголя у мужчин с ожирением сопровождалось достоверным уменьшением активности каталазы ($277,1 < 340,9$ мкат/л; $p = 0,04$) в НФ. У мужчин с высоким и очень высоким 10-летним риском развития СД, употреблявших алкоголь несколько раз в месяц, были выше показатели спонтанного НСТ-теста ($105,7 > 94,2$ нмоль восст. НСТ; $p = 0,03$).

Заключение:

Употребление алкоголя мужчинами ассоциируется с частым развитием ожирения, увеличением риска развития СД, сопровождается активацией кислородзависимого метаболизма и снижением антиоксидантной защиты в НФ.

10.24. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И 16-ЛЕТНИЙ РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL»)

ГАФАРОВ В. В., ПАНОВ Д. О., ГРОМОВА Е. А.,
ГАГУЛИН И. В., ГАФАРОВА А. В.

ФГБУ НИИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СО РАМН, МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ССЗ СО РАМН, г. Новосибирск, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние социальной поддержки (СП) на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) в женской популяции 25-64 лет г. Новосибирска в течение 16 лет.

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. СП измерялась при помощи теста Беркман-Сим (индексы: близких контактов (ICC) и социальных связей (SNI)). В течение 16-летнего периода (1995-2010гг) в когорте были изучены все вновь возникшие случаи АГ.

Результаты:

Распространенность низкого уровня ICC в открытой женской популяции 25-64 лет составила 57,1%, низких уровней SNI – 77,7%. В первые 5 лет с момента скрининга у лиц с низким ICC относительный риск (ОР) развития АГ был в 2.01 раз выше, в сравнении со средним и высоким ICC (95% ДИ=1,025-3,938; $p<0,05$). У женщин с низкими значениями SNI риск АГ в течение 5 лет не дал статистически значимых результатов. Через 10 лет от момента скрининга ОР развития АГ у женщин с низким ICC составил 1.93 (95% ДИ=1,138-3,261; $p<0,05$). У женщин 25-64 лет с низким значением SNI ОР развития АГ составил 1.88 (95% ДИ=1,090-3,255; $p<0,05$). Риск развития АГ через 16 лет у женщин 25-64 лет с низким ICC составил 1.42 (95% ДИ=0,992-2,040; $p=0,05$), у лиц с низким SNI риск АГ был выше в 1.58 раз, в сравнении с более высокими значениями SNI (95% ДИ=1,110-2,274; $p<0,01$).

Заключение:

Установлен низкий уровень социальной поддержки в женской популяции 25-64 лет и при нем отмечается наибольший риск возникновения АГ в течение первых 5 лет наблюдения.

10.25. СРАВНЕНИЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ I/D ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

КАН Л. Э., ХОШИМОВ Ш. У., БЕКМЕТОВА Ф. М., ШЕК А. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Список потенциальных генов - предикторов заболевания может включать десятки и сотни наименований, сложность проблемы состоит в отборе наиболее значимых, «главных» генов. Для ИБС одним из таких маркеров является I/D полиморфизм гена АПФ. Цель исследования: изучить особенности распределения I/D полиморфного маркера гена АПФ у больных нестабильной стенокардией узбекской национальности с семейным анамнезом ишемической болезни сердца.

Материал и методы:

Обследовано 125 больных узбекской национальности, с нестабильной стенокардией напряжения, II В класс (Е. Braunwald et al., 1989). Группу сравнения составили - 45 здоровых лиц узбекской национальности без клинических и инструментально-диагностических признаков ишемической болезни сердца (по данным теста с физической нагрузкой), не имеющих отягощенного семейного анамнеза ИБС. Средний возраст в группе больных ИБС составил $54,5 \pm 10,0$ года, а в группе здоровых лиц - $54,8 \pm 11,7$ года. Оценка семейного анамнеза проводилась на основе опроса больного с помощью стандартного опросника ВОЗ "Семейный анамнез". Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200 лаборатория ИзоГен Россия» по стандартному протоколу фирмы производителя. Использовалась следующая последовательность праймеров: ACE1 5' – CTG GAG ACC ACT CCC ATC CTT TC - 3'; ACE2 5' – GAT GTG GCC ATC ACA TTC GTC AGA T – 3'.

Результаты:

В группе больных нестабильной стенокардией 63 (50,4%) больных (I группа) имели отягощенный семейный анамнез ИБС. По результатам генотипирования не отмечалось достоверных отличий в распределении генотипов, аллелей и носительства «повреждающей» аллели D I/D полиморфного маркера гена АПФ между больными нестабильной стенокардией ($n=125$) и здоровыми. В то же время у больных с семейным анамнезом ИБС, относительно группы здоровых лиц, отмечена достоверно более высокая распространенность генотипа D/D, D аллели и числа носителей «повреждающей» аллели D. Соответственно, при этом среди них реже встречались генотип I/I, частота аллели I и число носителей I аллели. Сравнение особенностей I/D полиморфизма гена АПФ между I ($n=63$) и II ($n=62$) группами больных показало, что у больных с отягощенным семейным анамнезом достоверно чаще встречался D аллель (54% против 36%) (ОШ=2,13; ДИ 1,29-3,54; $P=0,005$) и было выше число D-носителей (78% против 55%) (ОШ=2,88; ДИ 1,33-6,27; $P=0,012$). В то же время генотип I/I встречался чаще (45% против 22%) у пациентов без семейного анамнеза ИБС (ОШ=4,25; ДИ 1,96-9,2; $P<0,001$), тогда как по частоте распределения D/D и I/D генотипов различия носили недостоверный характер.

Заключение:

Наличие семейного анамнеза ИБС среди узбеков с нестабильной стенокардией ассоциируется с более высокой частотой

носительства «повреждающего» D аллеля I/D полиморфного маркера гена АПФ.

10.26. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ СОСУДИСТОГО КРОВОТОКА

ВАСИЛЬЕВА И. Н., ЧЕСНИКОВА А. И., ОСАДЧУК М. А.,
ТЕРЕНТЬЕВ В. П.

ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МГМУ им. И.М. СЕЧЕНОВА МЗ РФ,
МОСКВА, ГБОУ ВПО РОСТГМУ МЗ РФ,
РОСТОВ-НА-ДОНУ, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Оценка корректирующего влияния различных схем комбинированной терапии на параметры сосудистого кровотока у пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

Обследовано 87 пациентов, страдающих АГ в сочетании с ИБС, средний возраст - $57,6 \pm 2,2$ лет. Всем пациентам помимо эхокардиографического исследования в режиме цветного и импульсного доплеровского сканирования определяли основные параметры кровотока магистральных сосудов – толщину комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной (ОСА) и плечевой артерий (ПА), степень прироста диаметра ПА, индексы периферического сопротивления RI и PI -индекс пульсации. После обследования больные были рандомизированы на 3 группы. Пациенты 1-й группы (25 человек) получали ИАПФ рамиприл в комбинации с гидрохлортиазидом, пациенты 2-й группы (36 человек) - рамиприл с метопрололом, пациенты 3-й группы (26 человек) - рамиприл с фелодипином. Длительность исследования составила 12 недель.

Результаты:

Сравнительная оценка полученных результатов позволила выявить положительный эффект проводимой терапии на параметры сосудистого кровотока во всех группах наблюдения. С высокой степенью достоверности отмечено уменьшение КИМ ОСА до 17,4% ($p=0,001$) и КИМ ПА до 14,0% ($p=0,001$) у пациентов 1 группы; на 14,0% ($p=0,0001$) и 14,3% ($p=0,01$) у пациентов 2-й группы. Кроме того, диаметр ПА в результате 12-ти недельной терапии показал прирост до 6,5% на левой ПА ($p=0,001$) у пациентов 1-ой группы и на 12,6% ($p=0,001$) у пациентов 2-й группы. Однако у пациентов 3-й группы, получавших рамиприл в комбинации с фелодипином, терапия оказала более выраженное влияние на параметры сосудистого кровотока. КИМ ОСА уменьшился на 19,3% ($p=0,002$), КИМ ПА – на 15,4% ($p=0,01$), а диаметр ПА увеличился до 13,4%. Об уменьшении гемодинамической преднагрузки на миокард свидетельствовала выявленная обратная линейная связь между значениями диаметра плечевой артерии и фракцией выброса левого желудочка у пациентов данной группы ($r=-0,8$; $p=0,003$). Кроме того, у больных, принимавших рамиприл в сочетании с фелодипином, отмечено снижение значения индекса пульсации PI на 20,3% ($p=0,01$), что позволило косвенно судить об уменьшении амплитуды пульсовой и отражающей волны, участвующих в регуляции артериального давления.

Заключение:

Т.О. все предложенные схемы лечения оказали благоприятное влияние на параметры сосудистого кровотока, однако достоверная положительная динамика показателей периферическо-

го сосудистого сопротивления у пациентов, в схему лечения которых был включен БКК, позволили сделать вывод о выраженном преимуществе комбинации рамиприла и фелодипина.

10.27. ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

МАРКАБАЕВА А. М., КЕРИМКУЛОВА А. С.,
СЛЯМХАНОВА Н. С., ПИВИНА Л. М.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
Г. СЕМЕЙ, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

В структуре общей смертности населения Республики Казахстан 52,8% составляет смертность от болезней системы кровообращения. Результаты одномоментных и проспективных эпидемиологических исследований, проведенных за рубежом и в нашей стране подтвердили, что концепция ФР является основой для разработки, планирования и осуществления мероприятий по первичной и вторичной профилактике ССЗ среди населения. Цель: изучить распространенность факторов риска ССЗ среди взрослого населения некоторых районов Павлодарской области.

Материал и методы:

В 2013 г. в рамках реализации научно-технической программы О.0586 «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения» выполнены скрининговые обследования населения Павлодарской области, являющихся территориями радиоэкологического неблагополучия в результате испытаний ядерного оружия на бывшем Семипалатинском полигоне. Обследование включало: опрос по стандартной анкете для выяснения паспортных данных, сведений о физической активности, наличии вредных привычек, измерение артериального давления (АД), определение антропометрических параметров.

Результаты:

Всего обследовано 1783 лиц (387 мужчин и 1396 женщин). Средний возраст составил 55 ± 14 лет. Результаты скрининга показали следующие показатели распространенности факторов риска: средний ИМТ - $27,98 \pm 5,47$ кг/м², пониженный вес определялся в 1,9 %, нормальный вес в 37,50 %, избыточный вес в 31,9 %, и ожирение первой степени 18,7%, ожирение второй степени 6,9 %, ожирение третьей степени 3,1% случаев, систолическое артериальное давление - 130 ± 24 мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление 83 ± 13 мм.рт.ст., ЧСС - 74 ± 5 уд.мин.

Заключение:

При скрининговом исследовании некоторых районов Павлодарской области избыточный вес и ожирение являются наиболее часто встречающейся фактором риска ССЗ.

10.28. ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИКИ №4 Г. БЕЛГОРОДА С СОЧЕТАННОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОДЫ 2012-2013 ГГ.

ЛУНЕВА Ю. В., КОРНИЛОВ А. А., ПОВЕТКИН С. В.,
РЯБЧЕНКО Д. С., КРЮКОВА В. С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Введение (цели/задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания на протяжении последних лет остаются ведущей причиной смертности в большинстве развитых стран (до 40% среди всех случаев смерти). В Российской Федерации от сердечнососудистых заболеваний умирают 56% пациентов. Результаты ФЭ исследований способны оказывать влияние на политику применения ЛС в рамках как конкретного лечебного учреждения и местных органов здравоохранения, так и целого государства: ограничение или запрещение применения одних ЛС и более активное использование других, разработка образовательных программ, направленных на улучшение качества лечения.

Материал и методы:

Для проведения исследования был проведен опрос врачей поликлиники №4 г. Белгорода, имеющих постоянную практику лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Для врачей использовались специально разработанные анкеты, включающие вопросы об особенностях назначения препаратов различных групп. Количество анкет врачей – 30. 100% врачей – терапевты.

Результаты:

Структура препаратов для лечения заболеваний ССС составляет 7 классов препаратов. Из них для исследования были взяты – диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и бета-адреноблокаторы. По данным анкетирования среди диуретиков наибольшую долю составляет индапамид – 37,2%, на втором месте торасемид – 15,1%, на третьем фуросемид и гидрохлоротиазид – по 14%. Среди бета-блокаторов лидирует метопролол – 38,7%, на втором месте – бисопролол и небиволол – по 19,4% и на третьем атенолол – 11,2%. Среди ИАПФ наибольшую долю составляет эналаприл – 34,7%, на втором месте лизиноприл – 18,9% и на третьем периндоприл – 15,7%.

Заключение:

Анализ позиции врачей при проведении терапии сердечно-сосудистых заболеваний в реальной практике показал соответствие современным национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ. При выборе ССП врачи используют рекомендуемые ВОЗ факторы риска, факторы, влияющие на прогноз, степень доказательности эффективности и безопасности, социально-экономический статус пациентов.

10.29. ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ СТРУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Г. БЕЛГОРОДА

Лулева Ю. В., Корнилов А. А., Рябченко Д. С.,
Дорутова А. А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Введение (цели/задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является исходом многих сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно госпитализируется 20–30% больных с ХСН. В половине случаев повторной госпитализации можно избежать при адекватной терапии в амбулаторных условиях. Цель исследования: оценить соответствие врачебных рекомендаций при лечении больных с ХСН на поликлиническом этапе современным об-

щепризнанным рекомендациям.

Материал и методы:

Было проведено анкетирование врачей г. Белгорода, имеющих постоянную практику лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (артериальная гипертония + ишемическая болезнь сердца: стенокардия + хроническая сердечная недостаточность). Опрошены 80 терапевтов со стажем работы: менее 5 лет – 20 врачей, от 5 до 20 лет – 50 врачей, более 20 лет – 10 врачей.

Результаты:

Структура препаратов для лечения заболеваний ССС составляет 7 классов препаратов. Из них для исследования были взяты – диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента Средний возраст – 62,5 лет. Длительность заболевания от 2 до – 35 лет. Среднее специальное образование имели 32,9% пациентов, высшее – 24,7%, среднее – 20%. В исследовании участвовали разные социальные слои: служащие – 7,1%, рабочие – 8%, пенсионеры – 51,7%, инвалиды – 30,6%. Среди опрошенных больных ежедневно и постоянно принимают гипотензивную терапию 54,1%, а при повышении давления – 17,6%. Оценку «отлично» за эффективность лечения поставили 3,5% пациентов, «хорошо» – 27,1%, «удовлетворительно» – 56,4%, и «неудовлетворительно» – 7,1%. Отличную переносимость отметили 3,5%, хорошую – 50,6%, удовлетворительную – 35,3%, неудовлетворительную – 1,2%. Посещаемость врача поликлиники по поводу повышенного АД составила 1-6 раз в год у 53 больных, 1-2 раза в месяц – у 30, своего частного врача имеют двое из всех опрошенных. Большинство пациентов (45,9%) считало нормальным (до которого следует снижать) АД менее 140/90 мм.рт.ст., 11,8% – менее 160/100 мм.рт.ст. и 36,5% считают предпочтительным отсутствие симптомов заболевания. 83,5% больных проводят гипотензивную терапию по рекомендации врача, 5,9% доверяют рекомендациям знакомых и соседей, 3,5% предпочитают рекламную информацию и 1,2% интересуются литературными источниками. По результатам анкетирования выявлено, что при выборе препарата для лечения больных с ХСН врачи отдают приоритет его эффективности, затем безопасности. Наиболее эффективными врачи считают б-адреноблокаторы (26,8%), ингибиторы АПФ (иАПФ) (2,9%) и диуретики (19,4%), а наименее эффективными – сердечные гликозиды (13,4%). Подавляющее большинство врачей (14, 1%) монотерапию назначают в случае ХСН при I ФК, 3,5% врачей – при II ФК. Комбинированную терапию из двух препаратов назначают – 12,9% врачей, из трех препаратов 8,2% и четырех препаратов – 1,2 %. При III ФК – монотерапия не назначалась, а при комбинированной терапии из двух, трех и четырех препаратов составило – 2,4 %, 14,1% и 9,4%. При IV ФК комбинированную терапию из четырех препаратов назначают 18,8% врачей. Большинство терапевтов (60%) при лечении ХСН, назначают лекарственные средства для достижения перехода больного в более легкий функциональный класс.

Заключение:

При анализе структуры потребления Среди различных комбинаций лекарственных средств, группы иАПФ и диуретики имеют наибольшую приверженность врачей при использовании двухкомпонентной терапии (34,1%), на 2м месте б-адреноблокаторы и диуретики (29,5%), а также б-адреноблокаторы и иАПФ (15,9%). При использовании трехкомпонентной терапии первое место занимают б-адреноблокаторы+ иАПФ+ диуретики (46,4%).

10.30. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)

Какорин С. В., Эрлих А. Д., Калинкина А. А.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ»,
НИИ Физико-химической медицины ФМБА,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., изучить распространенность фибрилляции предсердий (ФП) и приверженность лечения варфарином у больных с нарушенным и нормальным углеводным обменом (УО), госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы.

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных госпитализированных с ОКС в БКР стационаров г. Москвы. Изучаемые параметры включали пароксизмальную и постоянную формы ФП, нормальный и нарушенный УО, возраст, пол, лечение варфарином. Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа (СД2)) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе OpenOffice Calc.

Результаты:

Из 584 проведен анализ 556 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 28 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе обследования ОКС и неполного объема информации изложенного в протоколе обследования. Из 556 больных 117 указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 158 пациентов. Впервые выявленный сахарный диабет (ВВСД) выявлен у 86 больных, из них СД2 – у 24, НТГ был у 62. Из 117 больных с СД2 в анамнезе у 72 была декомпенсация углеводного обмена, у 45 – нормогликемия. На основании суммы из 158 больных с гипергликемией и 45 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным УО составило 203 человека. Нормальный УО был у 353 больных. Из 556 пациентов с ОКС ФП была у 76 (13,67%) человек. На момент поступления в БКР пароксизм ФП зарегистрирован у 45 (8,09±2,13%) больных, из них у 24 (6,8%) (М-10, возраст – 67,4 ± 4,9, Ж-14 возраст – 74,9 ± 4,9) из 353 с нормальным УО и у 21 (10,34%) (М-8 возраст – 66,7 ± 4,9, Ж-13 возраст – 76,5 ± 4,9) из 203 с нарушенным УО (из 117 больных с СД2 – у 11 (9,4%) (М-3 возраст – 71,3 ± 4,9, Ж-8 возраст – 75,5 ± 4,9), из 86 больных с ВВСД – у 10 (11,63%) (М-5 возраст – 63,8 ± 4,9, Ж-5 возраст – 78,2 ± 4,9). Постоянная форма ФП была у 31 (5,58±1,94%) больного, из них у 14 (3,97±1,29%) (М-9 возраст – 70,5 ± 4,9, Ж-5 возраст – 75,6 ± 4,9) из 353 с нормальным УО и у 17 (8,37%) (М-5 возраст – 86,4 ± 4,9, Ж-12 возраст – 79,2 ± 4,9) из 203 с нарушенным УО: из 117 больных с СД2 – у 8 (6,84±2,44%) (М-1 возраст – 87,0 ± 4,9, Ж-7 возраст – 77,6 ± 4,9), из 86 больных с ВВСД – у 9 (10,46%) (М-4 возраст – 86,3 ± 4,9, Ж-5 возраст – 81,4 ± 4,9). Проведенный статистический анализ показал, что у больных ОКС с нарушенным УО, по сравнению с нормальным УО, пароксизмальная и постоянная формы ФП встречаются чаще и составляют 10,34±3,11% и 6,8±2,83%, $t=1,8$, $p<0,05$; 8,37±2,44% и 3,97±1,29% случаев соответственно, $t=2,05$, $p<0,01$. Из 556 больных варфарин принимали 3 человека, 1 – с постоянной формой ФП, 2 – нарушений сердечного ритма не имели.

Заключение:

На основании данных регистра ОКС г. Москвы ФП выявляется у больных госпитализированных в БКР в 13,67% случаев, из них пароксизмальная форма ФП – 8,09±2,13%, постоянная форма ФП – 5,58±1,94%. Пароксизмальная форма ФП в группе больных с нарушенным УО встречается достоверно чаще и составляет 10,34±3,11% случаев, по сравнению с больными имеющими нормальный УО – 6,8±2,83%, $t=1,8$, $p<0,05$. Постоянная форма ФП в 8,37±2,44% и 3,97±1,29% случаев соответственно, $t=2,05$, $p<0,01$. Выявлена низкая приверженность к лечению варфарином. Из 31 пациента с постоянной формой ФП варфарин принимал только один пациент.

10.31. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Курлянская Е. К., Денисевич Т. Л., Тавгень О. И.,
Нижникова О. Г., Ревтович О. П.

ГУ РНПЦ "Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Профилактика развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения на национальном и мировом уровне. На сегодняшний день достоверных данных о распространенности ХСН в Республике Беларусь не существует.

Материал и методы:

В ходе проведения популяционного эпидемиологического когортного исследования разработан метод отбора больных с признаками ХСН. Пациенты с выявленными признаками ХСН направлялись на клиничко-диагностическое обследование для подтверждения диагноза.

Результаты:

В процессе исследования были проанализированы данные анкетирования 1941 жителей 5 районов г. Минска. Предположительный диагноз ХСН по результатам анкетирования был выставлен 478 пациентам (24,63%). Диагноз ХСН был клинически подтвержден у 7,68% пациентов ($n=149$) от общего числа жителей данных районов, либо у 31,17% пациентов при расчете от пациентов с наличием симптомов ХСН. Интенсивный показатель распространенности ХСН в изучаемых районах г. Минска составил 6,14 на 1000 населения. Количество пациентов в группе лиц до 39 лет составило 0,1%, в группе 40-49 лет – 4,1%, 50-59 лет – 14,6%, 60-69 лет – 36,2%, 70-79 лет – 30,7%, 80 лет и старше 14,1%. Средний возраст мужчин с данным диагнозом составляет 58,1±6,8 лет, женщин – 68,9±11,5 лет. При анализе распределения распространенности ХСН по полу и возрасту, выявлено преобладание пациентов мужского пола в группах пациентов до 39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет и 60-69 лет. Среди пациентов старше 70 лет соотношение полов меняется в сторону преобладания лиц женского пола. При этом различия между группами в возрасте от 50 до 59 лет, от 60 до 69 лет ($p<0,05$), от 70 до 79 лет ($p<0,01$), и лиц старше 80 лет ($p<0,001$) были достоверны.

Заключение:

В процессе исследования были проанализированы данные анкетирования 1941 жителей 5 районов г. Минска. По результатам анкетирования наличие симптомов ХСН выявлено у 478 пациентов (24,63%). Диагноз ХСН был подтвержден у 7,68% пациентов ($n=149$) от общего числа жителей данных районов, либо у 31,17% пациентов при расчете от пациентов с наличием симптомов ХСН. Интенсивный показатель распространенности ХСН в изучаемых районах г. Минска составил 6,14 на 1000 населения.

11. РАЗНОЕ

11.1. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОДЫ 2012-2013 ГГ.

ЛУНЕВА Ю. В., БЕЗУГЛОВА Е. И., ПОВЕТКИН С. В.,
КОРНЕЕВА С. И., БЛОК В. Ю.

КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. КУРСК, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России остается на высоком уровне, несмотря на достигнутые успехи в терапии. Поэтому актуальны вопросы фармакотерапии, ее эффективности и переносимости у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы:

Анализ структуры потребления лекарственных средств в Курской области проводился на основании данных проведенного анкетирования пациентов с сочетанной кардиальной патологией.

Результаты:

Опрошены 200 больных, из них 37,6% мужчины и 62,3% женщины. Средний возраст пациентов составил $48,8 \pm 5,02$ лет, средняя длительность заболевания – $17,7 \pm 8,04$ лет. Были опрошены представители практически всех социальных групп: служащие – 7,05%, рабочие – 8,3%, пенсионеры – 51,7%, инвалиды – 30,6%. Анализ структуры потребления основных сердечно-сосудистых препаратов показал, что лидером являются иАПФ – 31,3% второе место занимают бета-адреноблокаторы – 22,1%. Далее по убыванию: диуретики – 14,7%, антиагреганты – 8,3%, БКК – 5,4%, сартаны – 4,1%, статины – 3,4%. ИАПФ представлены эналаприлом – 49,2%, периндоприлом – 13,%, лизиноприлом – 8,7%, фозиноприлом – 8,7% и каптоприл – 1,45%. Бета-адреноблокаторы представлены 5 международными непатентованными названиями (МНН) препаратов, среди которых лидирует бисопролол – 82,2%, на втором месте метопролол – 6,7%, карведилол – 6,7%, соталол – 2,2%, бетаксолол – 2,2%. Среди диуретиков в 40% случаев применялся верошпирон, препараты индапамида – 36,6%, а также торасемид – 23,3%. Среди антиагрегантов лидируют препараты АСК – 82,3%, на 2м месте – клопидогрел 17,6%. Среди БКК ведущие места по объему потребления занимали амлодипин – 54% и нифедипин – 37%, реже использовался дилтиазем – 9%. Среди сартанов лидером являлся лозартан – 88%, 2е место занимал валсартан – 10%. Лидером по объему потребления среди статинов являлся аторвастатин – 48%, на 2м месте симвастатин – 43%, на 3м – розувастатин – 8%.

Заключение:

Терапия сочетанной кардиальной патологии не всегда соответствует национальным рекомендациям.

11.2. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

БАРАБАНОВА Н. А., ВЕРБОВОЙ А. Ф.

ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава РФ, г. САМАРА, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Изучить содержание остеопротегерина, показателей липидного спектра и измерить толщину комплекса интима-медиа у больных сахарным диабетом 2 типа. Провести сравнительный анализ полученных параметров с аналогичными данными у контрольных групп молодого (до 25 лет) и старшего возраста (более 45 лет).

Материал и методы:

Было обследовано 60 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $55,83 \pm 1,33$ лет). Критериями исключения являлись печеночная и почечная недостаточность, нарушения ритма, сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа инсулинозависимый, нарушения функции щитовидной железы, онкологические заболевания. В качестве контроля было сформировано 2 группы: 1) здоровые люди в возрасте 20-25 лет ($n=20$); 2) практически здоровые люди в возрасте 45-65 лет ($n=20$). Контрольная группа молодого возраста была определена с целью исключения атеросклеротического процесса. Всем обследованным проводилось измерение веса, роста, окружности талии, окружности бедер, рассчитывались индекс массы тела и отношение окружности талии к окружности бедер для определения степени и типа ожирения. Исследовалось содержание в плазме остеопротегерина иммуноферментным методом на аппарате ExpertPlusAsys (Австрия). Определялось содержание общего холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов ферментативным фотометрическим методом на аппарате Hospitex ScreenMaster Plus (Швейцария), рассчитывался коэффициент атерогенности. Измерялась толщина комплекса интима-медиа сонных артерий методом ультразвукового сканирования на аппарате Logic 7 (США).

Результаты:

Выявлено, что уровень остеопротегерина в плазме у больных сахарным диабетом 2 типа достоверно выше по сравнению с контрольной группой молодого возраста ($2,43 \pm 0,18$ пг/мл и $1,14 \pm 0,09$ пг/мл соответственно; $p < 0,001$). При сравнении содержания остеопротегерина у больных и старшей контрольной группы ($2,58 \pm 0,20$ пг/мл) достоверных различий не обнаружено ($p > 0,05$). Наблюдалось достоверно значимое снижение липопротеидов высокой плотности и повышение общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности и коэффициента атерогенности у больных сахарным диабетом 2 типа по сравнению с обеими группами контроля ($p < 0,001$). Отмечено увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий у больных сахарным диабетом 2 типа ($1,43 \pm 0,08$ мм) по сравнению как с молодым ($0,39 \pm 0,01$ мм), так и со старшим контролем ($0,72 \pm 0,04$ мм; $p < 0,001$). Определена положительная корреляция между уровнем остеопротегерина и концентрацией липопротеидов низкой плотности ($r = 0,269$; $p < 0,05$), холестерина ($r = 0,304$; $p < 0,05$) и коэффициентом атерогенности ($r = 0,285$; $p < 0,05$) в плазме у больных сахарным диабетом 2 типа. Выявлена отрицательная корреляция между остеопротегерином и липопротеидами высокой плотности у больных сахарным диабетом 2 типа ($r = -0,262$; $p < 0,05$). Уровень остеопротегерина достоверно коррелировал с толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий в группе больных сахарным диабетом 2 типа ($r = 0,256$; $p < 0,05$). При корреляционном анализе остеопротегерина с показате-

лями липидного спектра и толщиной комплекса интима-медиа в обеих группах контроля взаимосвязи не выявлено.

Заключение:

Остеопротегерин играет определенную роль в развитии атеросклероза у больных сахарным диабетом 2 типа. Концентрация остепротегерина увеличивается с возрастом, что может объясняться началом атеросклеротического процесса у лиц старше 45 лет.

11.3. ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕЗИСТИНА, ДИСЛИПИДЕМИИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Журавлева Л. В., Сокольников Н. В.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Развитие диастолической дисфункции (ДД) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД-2) связано не только с инсулинорезистентностью, гиперинсулинемией, глюкозотоксичностью и дислипидемией, но и активацией системы провоспалительных цитокинов. В то же время влияние сочетания различных факторов повреждения миокарда у больных СД-2 остается недостаточно изученным. Целью исследования было оценить взаимосвязь между состоянием липидного обмена, активностью резистина и ДД у больных СД-2.

Материал и методы:

Обследованы 102 больных СД-2 среднего возраста без тяжелых диабетических осложнений. Биохимическим методом определены уровни общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), рассчитан уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП); иммуноферментным методом выявлен уровень резистина. Эхокардиографическим методом определены максимальная скорость раннедиастолического потока Е, скорость потока, обусловленного систолой предсердий А, соотношение Е/А, а также время замедления кровотока раннего диастолического наполнения DT.

Результаты:

Между резистином, показателями липидного профиля и ДД были выявлены достоверные ($p < 0,05$) корреляционные связи: между резистином и ОХ ($R = 0,611$), между резистином и ТГ ($R = 0,448$), между резистином и ХСЛПНП ($R = 0,569$), между резистином и Е/А ($R = -0,275$), между резистином и DT ($R = 0,253$); между ТГ и DT ($R = 0,237$), между ХСЛПВП и DT ($R = -0,296$), между ХСЛПНП и Е/А ($R = -0,209$).

Заключение:

У больных СД-2 в развитии структурно-функциональной патологии миокарда наравне с известными факторами риска, такими, как дислипидемия, инсулинорезистентность и др., принимает участие и адипокин с провоспалительным действием резистин.

11.4. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Стародубцева И. А.

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Введение (цели/задачи):

Характерной особенностью ревматоидного артрита (РА) является дисбаланс между гиперпродукцией провоспалительных цитокинов, преимущественно макрофагальной природы: фактор некроза опухоли α , интерлейкин-1, интерлейкин-6 (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6). В последние годы ИЛ-1, 6 и ФНО- α отводится большое значение в формировании гипертонической болезни и атеросклероза (В.И. Мазуров и соавт., 2005; Е.В. Ощепкова и соавт., 2007; К.И. Прошаев и соавт., 2007). Цель исследования: выявить взаимосвязь содержания интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли α в сыворотке крови больных ревматоидным артритом и маркеров поражения сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы:

В исследование включили 50 больных РА в возрасте от 45 до 60 лет, активность заболевания по DAS 28 – II, III. (27 больных с сопутствующей ГБ и 23 пациента без признаков поражения сердечно-сосудистой системы). Диагноз основного заболевания устанавливали в соответствии с критериями EULAR/ACR 2010. Содержание цитокинов (ИЛ-1 и ФНО- α) определяли с использованием наборов для ИФА ELISA. Вместе с тем, у пациентов оценивали наличие сопутствующей гипертонической болезни, определяли уровень ЛПНП и ТГ.

Результаты:

Анализ полученных данных выявил достоверное повышение содержания ИЛ-1 и ФНО- α в сыворотке крови больных РА ($p < 0,01$). Наблюдалась достоверная корреляция ИЛ-1 и ФНО- α в группе больных РА с сопутствующей ГБ: $r = 0,315$ ($p < 0,02$), $r = 0,429$ ($p < 0,05$); с уровнем ЛПНП $r = 0,522$ ($p < 0,02$), $r = 0,212$ ($p < 0,02$) и ТГ: $r = 0,318$ и $r = 0,205$ соответственно ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, ИЛ-1 и ФНО- α могут быть косвенными факторами риска развития гипертонической болезни и атеросклероза у больных ревматоидным артритом, что необходимо учитывать при обследовании пациентов.

11.5. ВЛИЯНИЕ НОЧНЫХ ГИПОКСЕМИЧЕСКИХ ЭПИЗODOВ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА

Дгерян Л.Г., Зелвеян П.А.

ЕГМУ им. М. ГЕРАЦИ, КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГИИ,
ЦЕНТР ПРЕВЕНТИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ, г. ЕРЕВАН, АРМЕНИЯ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучение взаимосвязи показателей ночных гипоксемических эпизодов со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) у больных с синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна (СОАГС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование были включены 40 больных с СОАГС (апноэ-гипопноэ индекса – АГИ более 5 эпизодов в час), 20 из них – СОАГС и АГ (гр. I) и больные только с СОАГС (гр. II). Выраженность ночных гипоксемических эпизодов оценивали по индексу десатурационных эпизодов (ИДК) и времени десатурации кислорода (ВДК). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Кокрофт-Гольта. Изучение взаимосвязи СКФ, ИДК и ВДК производилось по точному

тесту Пирсона χ^2 и Фишера.

Результаты:

В обеих группах исследуемых были зарегистрированы высокие значения СКФ – $161,0 \pm 0,315 \text{ мл/м}^2/1,73 \text{ м}^2$ и $159,4 \pm 2,1 \text{ мл/м}^2/1,73 \text{ м}^2$ для гр. I и гр. II соответственно, что свидетельствует о наличии гиперфилтрации у всех пациентов с СОАГС. В гр. I статистически достоверная взаимосвязь между СКФ и выраженностью АГ отсутствуют во всех перцентильных группах ИДК и ВДК. Однако наблюдается тенденция к уменьшению коэффициентов Пирсона χ^2 для ВДК от первого к четвертому перцентилу – 7,00; 5,33; 4,09 и 2,01 соответственно, что может свидетельствовать об обратном влиянии повышения ВДК на выраженность взаимосвязи СКФ и артериального давления.

Заключение:

По мере увеличения ночной гипоксемической нагрузки (ВДК) отмечается уменьшение выраженности взаимосвязи между СКФ у больных АГ.

11.6. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОСТИ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩЕГО ПРЕДИАБЕТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

АЩЕУЛОВА Т. В., КОВАЛЕВА О. Н., САЕД МУДЖАХИД АББАС, АБДЕЛЬ НУР АБДЕЛЬ НУР, АМБРОСОВА Т. Н., СМЕРНОВА В. И.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. ХАРЬКОВ, УКРАИНА

Введение (цели/задачи):

Изучение активности провоспалительного цитокина – интерлейкина-18 (ИЛ-18) и противовоспалительного цитокина – интерлейкина-10 (ИЛ-10) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от наличия у них сопутствующих нарушений углеводного метаболизма.

Материал и методы:

Обследовано 104 больных, которых разделили на три группы в зависимости от наличия у них глюкометаболических нарушений: 1 группа (n=40) больные с АГ без нарушений углеводного метаболизма, среди них 15 женщин (Ж) и 25 мужчин (М); 2 группа (n=34) больные с АГ с сопутствующим предиабетом (Ж – n=21, М – n=13), 3 группа (n=30) больные с АГ и СД 2 типа (Ж – n=20; М – n=10).

Результаты:

Средний уровень ИЛ-18 и ИЛ-10 характеризовались максимальными значениями у больных 2 группы ($182,06 \pm 2,45 \text{ пг/мл}$; $89,76 \pm 0,61 \text{ пг/мл}$, соответственно) по сравнению с больными 1 группы (ИЛ-18 – $166,35 \pm 3,01 \text{ пг/мл}$; $p < 0,05$; ИЛ-10 – $87,59 \pm 0,97 \text{ пг/мл}$; $p > 0,05$) и 3 группы (ИЛ-18 – $172,73 \pm 5,08 \text{ пг/мл}$; $p < 0,05$; ИЛ-10 – $78,36 \pm 1,7 \text{ пг/мл}$; $p < 0,05$). При анализе биомаркеров иммунновоспаления нами установлено, что в 1 группе плазматический уровень как ИЛ-18 ($169,13 \pm 4,88 \text{ пг/мл}$), так и ИЛ-10 ($88,97 \pm 0,59 \text{ пг/мл}$) у женщин были выше уровня ИЛ-18 ($163,23 \pm 4,77 \text{ пг/мл}$; $p < 0,05$) и ИЛ-10 ($86,27 \pm 1,68 \text{ пг/мл}$; $p > 0,05$) у мужчин. Во 2 группе уровень ИЛ-18 ($187,19 \pm 3,24 \text{ пг/мл}$; $p < 0,05$) и ИЛ-10 ($90,28 \pm 0,65 \text{ пг/мл}$; $p > 0,05$) у женщин, также, были выше, чем у мужчин (ИЛ-18 – $173,77 \pm 2,38 \text{ пг/мл}$; ИЛ-10 – $88,92 \pm 1,20 \text{ пг/мл}$). В 3 группе обнаружена противоположная тенденция, то есть содержание ИЛ-18 ($179,90 \pm 8,58 \text{ пг/мл}$) и ИЛ-10 ($80,33 \pm 1,98 \text{ пг/мл}$) у мужчин превышало содер-

жание ИЛ-18 ($169,15 \pm 6,29 \text{ пг/мл}$; $p < 0,05$) и ИЛ-10 ($77,37 \pm 1,23 \text{ пг/мл}$; $p > 0,05$) в плазме крови женщин.

Заключение:

Полученные нами данные о более выраженной провоспалительной активации у больных при коморбидном течении АГ и предиабета могут служить еще одним подтверждением диагностического и прогностического значения предиабета в контексте кардиометаболического риска. Нами установлено гиперактивацию биомаркеров воспаления у женщин с АГ без глюкометаболических нарушений и у женщин с АГ и предиабетом сравнительно с мужчинами, а также у мужчин по сравнению с женщинами, у которых наличие АГ сопровождалось СД 2 типа, что было взаимосвязано и, возможно, обусловлено преобладанием абдоминального ожирения у данной категории больных.

11.7. ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ АЭРОБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ

ЕСИНА Е. Ю., ЗУЙКОВА А. А.

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Введение (цели/задачи):

Низкая физическая активность один из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. В работах отечественных и зарубежных ученых говорится о положительном влиянии длительных занятий спортом в юности на состояние кардиореспираторной системы и вегетативной регуляции в среднем и пожилом возрасте [1]. Цель исследования: Оценить функциональное состояние миокарда у студентов, занимавшихся в подростковом возрасте дополнительной аэробной физической активностью. Задачи исследования: 1. Выявить группы студентов, занимавшихся и не занимавшихся в подростковом возрасте дополнительной аэробной физической активностью. 2. Исследовать показатели дисперсионного картирования ЭКГ в группах студентов с различным уровнем физической активности в покое и во время пробы с физической нагрузкой.

Материал и методы:

В исследовании участвовало 66 студентов лечебного и педиатрического факультета ВГМА им. Н.Н.Бурденко, средний возраст $22,3 \pm 0,3$ года. Были сформированы две группы студентов. Первая группа студентов включала 40 человек и состояла из 10 юношей и 30 девушек. Средний возраст студентов: $22,07 \pm 0,2$ года. Студенты, вошедшие в эту группу, не занимались в подростковом возрасте дополнительной аэробной физической активностью. Вторую группу составили студенты, которые в школьные годы помимо занятий физкультурой в школе ходили регулярно в спортивные залы для дополнительных занятий аэробной физической активностью (волейбол, лыжи, гимнастика, легкая атлетика). Длительность занятий от 3 до 7 лет, 3-5 раз в неделю. Спортивные разряды студенты, вошедшие в эту группу, не имели. Численность респондентов второй группы – 26 человек, среди них – 7 юношей и 19 девушек, в возрасте $21,6 \pm 0,1$ года. Респондентам всех групп проводилось дисперсионное картирование ЭКГ на приборе «Кардиовизор-6С» Группы студентов были сопоставимы по возрасту, полу, уровню гемодинамических показателей в покое

Результаты:

В первой группе студентов индекс «Миокард» до пробы с физической нагрузкой составил $13,7 \pm 0,6\%$. Во второй группе студентов индекс «Миокард» в покое достиг $12,8 \pm 0,7\%$, у респондентов первой группы сразу после пробы с физической нагрузкой индекс «Миокард» повысился до $15,5 \pm 0,7\%$, достоверно отличаясь от такового у студентов второй группы. В периоде восстановления индекс «Миокард» у респондентов первой группы составил $16,4 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$) и $15,8 \pm 0,5\%$, через 2 и 4 минуты после нагрузки, соответственно, отличаясь от исходного показателя более, чем на 1 %. У респондентов второй группы, занимавшихся в подростковом возрасте аэробной физической активностью, индикатор «Миокард» через 2 минуты после нагрузки снизился до $13,5 \pm 0,7\%$, а через 4 минуты – до $14,6 \pm 0,6\%$.

Заключение:

В группе респондентов без дополнительной аэробной физической активности в подростковом возрасте через 2 минуты после физической нагрузки были зарегистрированы переходящие функциональные изменения миокарда. Рекомендуются в детском и подростковом возрасте обязательные занятия дополнительной аэробной физической активностью.

11.8. ИЗУЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Азизов В. А., Мурадова С., Ибрагимова Ш.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. БАКУ, АЗЕРБАЙДЖАН

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности метаболизма оксида азота под влиянием различных кумулятивных доз антрациклиновых антибиотиков.

Материал и методы:

Обследованы 45 пациентов получающих антрациклиновые антибиотики (цисплатин, таксол и др.), сопоставимые по интенсивности кардиотоксического действия, в составе различных схем полихимиотерапии по поводу злокачественных заболеваний женской половой системы. Из них 15 – больные раком яичников, 15 – рак шейки матки, 15 – рак эндометрия. Для исследования были отобраны молодые пациенты, не имевшие факторов риска ишемической болезни сердца или патологии сердечно-сосудистой системы в анамнезе. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин. Метаболизм оксида азота оценивали с помощью определения концентрации нитрит-ионов в сыворотке крови в динамике трижды: при кумулятивной дозе антрациклинов менее 550 мг/м^2 – 1-й этап, $550\text{--}1000 \text{ мг/м}^2$ – 2-й этап и $>1000 \text{ мг/м}^2$ – 3-й этап.

Результаты:

Анализ полученных данных показал, что у пациентов, получивших небольшие кумулятивные дозы антрациклинов, наблюдалось достоверное увеличение уровней конечных продуктов метаболизма оксида азота в сыворотке крови ($6,5 \pm 0,5$ мкмоль/л) по сравнению с данными контрольной группы ($5,3 \pm 0,4$ мкмоль/л). На 2-м этапе исследования концентрация нитритов снизилась до значений сравнимых с контролем ($5,5 \pm 0,3$ мкмоль/л). При дальнейшем увеличении кумулятивной дозы более 1000 мг/м^2 концентрация метаболитов NO оказалась существенно меньше ($4,2 \pm 0,4$

мкмоль/л), чем на предыдущих этапах исследования и у лиц контрольной группы.

Заключение:

Таким образом, наше исследование показало, что антрациклиновые антибиотики вызывают нарушение метаболизма оксида азота, проявляющееся существенным увеличением концентрации нитритов в сыворотке крови пациентов, получивших по мере возрастания кумулятивные дозы, с последующим ее снижением небольшие дозы.

11.9. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ИММУННЫМ МИОКАРДИТОМ

Санина Н. П., Москалец О. В., Хишова Н. Н.,
МАКАРКОВ А. И.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,
г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Целью работы явилось изучение взаимосвязей показателей Т-клеточного иммунитета и параметров систолической и диастолической функции миокарда у больных инфекционно-иммунным миокардитом (ИИМ).

Материал и методы:

В работе использованы образцы периферической крови 31 больного ИИМ, в том числе 13 с выраженной дилатацией полостей сердца. Контрольную группу составили 10 здоровых доноров. Поверхностный фенотип лимфоцитов изучали методом проточной цитометрии. Концентрацию неоптерина определяли иммуноферментным методом. Для статистического анализа использовали U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты:

Количество и субпопуляционный состав Т-лимфоцитов больных ИИМ не отличались от контрольной группы. В группе больных с дилатацией полостей сердца выявлялись признаки диастолической дисфункции. У этих больных обнаруживалась корреляционная связь между показателями DT и числом CD3+CD4+ лимфоцитов ($r=0,64$; $p<0,05$), CD3+CD8+ клеток ($r=-0,60$; $p<0,05$), иммунорегуляторным индексом и показателями DT ($r=0,76$; $p<0,01$) и IVRT ($r=0,56$; $p<0,05$). ИИМ характеризовался увеличением числа CD25+ Т-лимфоцитов (6,67% в группе без дилатации полостей сердца против 3,20% в контроле, $p<0,05$). Было выявлено увеличение уровня неоптерина в сыворотке крови больных ИИМ до $12,42$ нмоль/л в группе с дилатацией полостей сердца ($7,62$ нмоль/л в контрольной группе, $p<0,05$). Обнаружена корреляция между концентрацией неоптерина и показателями систолической функции сердца КДР ($r=0,39$; $p<0,05$), КДО ($r=0,39$; $p<0,05$), КСО ($r=0,40$; $p<0,05$), а также отрицательная корреляция между числом CD4+CD25+ и CD3+CD25+ лимфоцитов и КДР ($r=-0,65$; $p<0,01$), КСР ($r=-0,63$; $p<0,01$), КДО ($r=-0,58$; $p<0,05$) и КСО ($r=-0,55$; $p<0,05$) при ИИМ.

Заключение:

Характер иммунологических сдвигов и направление корреляционных связей указывают на участие активированных Т-хелперных лимфоцитов в инициальных патогенетических событиях ИИМ. Дисбаланс субпопуляций Т-клеток может иметь значение для формирования диастолической дисфункции у больных с дилатацией полостей сердца.

11.10. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II И ИХ КОМБИНАЦИЕЙ СО СПИРОНОЛАКТОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С. М., Мельникова О. П., Чакова Н. Н., Ниязова С. С.

РНПЦ "Кардиология", Институт генетики и цитологии НАН, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является генетически детерминированным заболеванием, характеризующимся гипертрофией левого желудочка (ЛЖ), диастолической дисфункцией, сочетающейся с избыточным отложением коллагена (фиброз миокарда). Комбинированное применение блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) и антагонистов альдостерона (спиронолактон) позволяет добиться более мощного воздействия на активность РААС у пациентов с ГКМП. Вместе с тем, заслуживает внимания возможная связь эффективности лечения с полиморфизмом -344C>T гена CYP11B2 кодирующего альдостеронсинтазу, которая катализирует превращение 11-дезоксикортикостерона в альдостерон. Цель: изучение влияния полиморфизма -344C>T гена CYP11B2 на эффективность терапии БРА (лозартан) и его комбинации со спиронолактоном у пациентов с ГКМП для разработки стратегии индивидуализации терапии.

Материал и методы:

Обследовали 83 пациентов с ГКМП в возрасте от 34 до 70 лет (61 мужчина и 21 женщин), среди которых у 25 пациентов диагностирована обструктивная форма заболевания, у 57 пациентов – необструктивная. Все пациенты исходно получали базовую терапию бета-адреноблокаторами (бисопролол). Кроме того, группа I (n=42) получала также комбинированную терапию лозартаном (лориста, KRKA, Словения) в дозе 50 мг/сут и спиронолактоном (верошпирон) в дозе 25 мг/сут, а группа II (n=41) – лозартан 50 мг/сут. Длительность наблюдения составила 12 мес. Все пациенты в зависимости от результатов лечения были разделены на чувствительных и нечувствительных к терапии. Полиморфизм -344C>T гена CYP11B2С определяли с использованием метода ПЦР-ПДРФ.

Результаты:

Сочетанный прием лозартана и спиронолактона сопровождался достоверным снижением ФК NYHA (p=0,05) и отношения E/Em (p=0,06), отражающего давление наполнения ЛЖ, чего не отмечалось в группе, принимающих только лозартан. Кроме того, в группе I количество пациентов с положительным ответом на лечение было в 1,3 выше по сравнению с группой II. Установлена также зависимость эффективности терапии от полиморфизма гена CYP11B2. Более чувствительными к лечению в обеих группах оказались носители генотипа TT (72,7% пациентов с этим генотипом, получавших лозартан, и 88,9% – лозартан в сочетании со спиронолактоном). Носители генотипа СТ в 70,0 % случаев были чувствительными к лечению комбинацией ЛС, тогда как при лечении только лозартаном положительный эффект наблюдался у 42% пациентов.

Заключение:

Пациенты с ГКМП, имеющие генотип TT, чувствительны к лечению БРА (p=0,05), при этом комбинация БРА со спиронолактоном эффективна не только для этих пациентов, но и для пациентов с генотипом СТ, т.е. для носителей хотя бы одного аллеля Т. Проведение генотипирования пациентов до начала

терапии позволяет индивидуализировать лечение, учитывая генетические особенности пациентов.

11.11. ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕТНОСТЬ И РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Демиденко А. В., Ковалева О. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Введение (цели/задачи):

Гипертоническая болезнь (ГБ) остается одной из актуальнейших проблем современной кардиологии. В развитии и прогрессировании ГБ большая роль отводится нарушениям углеводного обмена. Цель: анализ глюко-метаболических нарушений и риск развития сахарного диабета 2 (СД 2) типа у больных с ГБ.

Материал и методы:

Обследовано 94 пациента с ГБ. Верификацию диагноза, определение степени, стадии ГБ проводили на основании клинико-анамнестического и лабораторно-инструментального исследований согласно критериям Украинского общества кардиологов и рекомендаций Европейского общества гипертензии/кардиологов (ESH/ESH, 2009). Оценка суммарного 10-летнего риска развития сахарного диабета 2 типа проводилась с использованием опроса по анкете FINDRISK.

Результаты:

Средний возраст обследованных больных ГБ составил $58,16 \pm 0,66$ лет; мужчин – $n=42$, $59,57 \pm 1,16$ лет; женщин – $n=52$, $60,64 \pm 1,53$ лет. Больные ГБ были разделены на 2 группы в зависимости от уровня инсулина натощак: 1-я группа 57 больных ГБ с уровнем инсулина натощак более 12,2 мкЕд/мл, возраст $58,0$ ($51,5; 65,0$) лет, из которых 21 мужчин, 36 женщин; 2-я группа: 37 больных ГБ с уровнем инсулина натощак менее 12,2 мкЕд/мл, возраст $59,5$ ($49,0; 63,0$) лет, из которых 19 мужчин и 18 женщин. Результаты опроса по шкале FINDRISK показали, что пациенты с IP набрали достоверно большее количество баллов (1 гр. – $12,5$ ($9,0; 15,0$); 2 гр. – $9,0$ ($8,0; 13,0$), $p<0,05$ (Kruskal-Wallis ANOVA)). Во 2-й группе выявлена положительная корреляция баллов FINDRISK с возрастом ($r=0,37$; $<0,05$), весом ($r=0,33$; $<0,05$), ИМТ ($r=0,51$; $<0,05$), ОТ ($r=0,55$; $<0,05$), ОБ ($r=0,48$; $<0,05$). У пациентов 1-й гр. выявлены прямые взаимосвязи баллов FINDRISK с возрастом ($r=0,35$; $<0,05$); - весом ($r=0,41$; $<0,05$); - ИМТ ($r=0,49$; $<0,05$); - ОТ ($r=0,39$; $<0,05$); - ОБ ($r=0,50$; $<0,05$). Учитывая корреляционные взаимосвязи баллов FINDRISK с антропометрическими показателями, можно сделать вывод о патогенетической роли ожирения в развитии СД 2 типа.

Заключение:

Достоверные корреляционные взаимосвязи антропометрических показателей и баллов FINDRISK позволяют сделать вывод о патогенетической значимости ожирения и прогностической валидности опросника FINDRISK для выявления групп повышенного риска развития СД 2 типа. Полученные данные свидетельствуют о достоверно высоком риске развития СД 2 типа в течение последующих 10 лет у больных гипертонической болезнью с инсулинорезистентностью.

11.12. КАРДИОЦИТОПРОТЕКТОР ТРИМЕТАЗИДИН - В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

БУТОВ С. И., КАЛАНЧА В. А., ЖЕЛЕВ В. К.

ГУМФ "Н.ТЕСТЕМИЦАНУ",
ТАРАКЛИЙСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА, Г. КИШИНЕВ,
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

Введение (цели/задачи):

В настоящее время получены данные о роли оксидативного стресса, обуславливающего персистирование хронического воспаления при хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), что приводит к формированию необратимой обструкции, хронического легочного сердца и ранней инвалидизации больных. Цель. Целью исследования явилось изучение показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных ХОБЛ, осложнённой хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Нами было обследовано 46 пациентов ХОБЛ, осложнённой ХСН (мужчин - 41, женщин - 5, средний возраст $64,9 \pm 4,1$ лет), страдающих ХСН II-III ФК (NYHA), развившейся на фоне ХОБЛ. Об активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) судили по концентрации в плазме крови диеновых кислот (ДК), малонового диальдегида (МДА); оценку антиоксидантной системы (АОС) проводили путём определения содержания в плазме крови супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КАТ), антиоксидантной активности (АОА). Пациенты были рандомизированы на 2 сравниваемые группы: 1-я (n=21), пациенты которой помимо стандартного лечения (бронхолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды, муколитики, диуретики, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента) в течение 3 мес. принимали триметазидин (Предуктал, "Servier", Франция) по 70 мг/сут.; 2-я (n=26) получала только стандартную терапию. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц.

Результаты:

У всех больных исходные уровни МДА, ДК были значительно повышены ($p < 0,05$), а СОД, КАТ, АОС снижены ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми лицами, что свидетельствовало об интенсивности свободного радикального окисления липидов. По окончании курса лечения, у пациентов 1-й группы, по сравнению с пациентами 2-й группы, в 2,1 раза ($p < 0,05$) было меньше содержание в сыворотке крови ДК, в 1,9 раза ($p < 0,05$) МДА, была повышена активность КАТ, СОД и АОС соответственно в 2,8; 2,3 и 2,1 раза ($p < 0,05$).

Заключение:

Триметазидин способствует нормализации ПОЛ-АОС, что свидетельствует о целесообразности включения его в комплексную терапию больных ХСН, развившейся на фоне ХОБЛ

11.13. КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

МИНУШКИНА Л. О., ДЕМОЧКО Е. А.

ФГБУ УЧЕБНО-НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УД ПРФ,
ФГБУ ПОЛИКЛИНИКА №1 УД ПРФ, МОСКВА, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: оценить ассоциацию уровня биомаркеров, параметров эхокардиографии, клинических особенностей течения заболевания с риском неблагоприятного исхода у больных, страдающих сочетанием ишемической болезни сердца и ХОБЛ.

Материал и методы:

Обследовано 53 (43 мужчины и 10 женщин) больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших инфаркт миокарда (ИМ). 21 больной из данной группы страдал сочетанием ИБС и ХОБЛ (основная группа), 33 больных - только ИБС (контрольная группа). Средний возраст больных составил $69,7 \pm 9,02$ лет. При включении в исследование всем больным проводилось ЭхоКГ с определением размеров предсердий, правого и левого желудочка, оценкой массы миокарда левого желудочка, оценкой систолической и диастолической функции миокарда, расчетом давления в легочной артерии. Оценку ФВД проводили с помощью спирографа СП-3000. Степень выраженности симптомов у пациентов с ХОБЛ оценивали с помощью теста оценки ХОБЛ (САТ). Проводилась оценка функционального класса СН по шкале ШОКС. Всем больным проводился тест 6-минутной ходьбы с оценкой клинической симптоматики по шкале Борга, измерением сатурации и контролем основных параметров гемодинамики. Исследование уровня эритропоетина, мозгового натриуретического пептида, С-реактивного белка, фибриногена проводилось в лаборатории ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ. Повторный визит для оценки исходов заболевания проводили через 6 месяцев.

Результаты:

При сравнении основных клинических характеристик оказалось, больные основной и контрольной группы были сопоставимы по полу, возрасту, наличию АГ, курению, основным эхокардиографическим параметрам. Больные основной группы имели достоверно более высокий уровень С-реактивного белка ($5,0 \pm 1,28,34$ мг/л и $3,6 \pm 0,86$ мг/л, $p = 0,011$), и большее значение индекса Борга после проведения теста 6МХ ($3,86 \pm 0,29$ и $2,9 \pm 0,92$, $p = 0,027$). В течении 6 месяцев наблюдения зарегистрировано 13 сердечно-сосудистых событий: у 12 больных эпизоды ОКС, у 1 больного - эпизод пароксизмального нарушения ритма. Сердечно-сосудистые события зарегистрированы у 6 больных основной и у 7 больных контрольной группы, различия в частоте событий недостоверны. В целом, в обследованной группе предикторами неблагоприятного исхода оказались выраженность одышки по шкале Борга, повышение индекса массы тела, увеличение размеров левого желудочка при ЭхоКГ и снижение фракции выброса. Среди больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ единственным значимым предиктором неблагоприятного исхода оказался уровень эритропоетина. Больные, у которых в течении наблюдения развились неблагоприятные исходы имели более высокий уровень эритропоетина при включении в исследование ($13,2 \pm 3,32$ МЕД/мл и $10,8 \pm 1,32$ МЕД/мл, $p = 0,010$). У больных, страдающих только ИБС, предикторами неблагоприятного исхода оказались выраженность одышки по шкале Борга, фракция выброса левого желудочка и уровень фибриногена.

Заключение:

Таким образом, у больных с сочетанной сердечно-сосудистой и легочной патологией наиболее значимым прогностическим маркером является уровень эритропоетина сыворотки крови.

11.14. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Зельтер П. М., Устинов М. С., Молянова О. А.

Клиники СамГМУ, г. САМАРА, Россия

Введение (цели/задачи):

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из актуальных проблем современной медицинской науки. Одной из основных причин летальных исходов у данных пациентов являются сердечные осложнения, особенно декомпенсация правожелудочковой недостаточности. Цель работы: выявить изменения легочной ткани и сердца, характерные для ХОБЛ, оценить взаимосвязь томографических изменений и развития сердечных осложнений.

Материал и методы:

Были обследованы 50 больных ХОБЛ (I-IV стадии по GOLD 2007). Всем больным были выполнены инспираторно-экспираторная компьютерная томография на аппарате Aquilion 32 (Toshiba, Япония) и эхокардиография на ультразвуковом сканере Logiq 7 (GE, США).

Результаты:

Нами проведен непараметрический корреляционный анализ методом Спирмена качественных показателей КТ (наличие булл, эмфиземы, симптомов «трамвайных рельс», «матового стекла», воздушных ловушек, усиления интерстиция, пневмосклероза) и данных эхокардиографии. Выявлена достоверная прямая корреляционная связь между наличием воздушных ловушек и конечно-систолическими и конечно-диастолическими размерами (КСР, КДР) и объемами (КСО, КДО) левого желудочка, массой миокарда (коэффициенты корреляции $r=0,87$ для всех показателей) и обратная с процентом фракции выброса (ФВ) ($r=-0,91$). Усиление интерстиция имеет сильную прямую корреляцию с КСР ($r=0,8$), КДР ($r=0,8$), КДО ($r=0,79$), массой миокарда ($r=0,79$) и обратная корреляция с фракцией выброса ($r=-0,83$). Наличие пневмосклероза имеет прямую сильную корреляцию с КДР ($r=0,87$), КСР ($0,80$), КДО ($0,87$) и обратную с фракцией выброса левого желудочка ($r=-0,76$).

Заключение:

Качественные показатели КТ, выявленные при визуальном осмотре, имеют достоверную корреляционную зависимость от эхокардиографических параметров.

11.15. ЛЕГОЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ, ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОМ ПРЕБЫВАНИИ НА ВЫСОКОГОРЬЕ

Сарыбаев А. Ш., Шерматов У. О., Марипов А. М., Карагулова Г. О., Бакирова А.

Национальный Центр кардиологии и терапии им. М Миррахимова, г. Бишкек, Киргизия

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – изучение изменений легочного кровообращения и функции правого желудочка (ПЖ) сердца у больных бронхиальной астмой (БА) при кратковременном пребывании на высокогорье (3200 м).

Материал и методы:

Обследовано 48 больных БА в возрасте $47,7 \pm 11,6$ лет (38 женщин и 10 мужчин), из которых у 25 было диагностировано легкое течение, а у остальных 23 – средне-тяжелое и тяжелое.

Диагноз БА устанавливался согласно рекомендаций GINA. Контрольную группу составили 27 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Методы исследования включали опрос жалоб, клинический осмотр, двумерную тканевую доплерэхокардиографию, пульсоксиметрию и др. Исследования проводились на низкогорье, на 1-й, 7-й и 14-й дни пребывания на высокогорье. Систолическое легочное артериальное давление (ЛАД) определяли по скорости трикуспидальной регургитации по уравнению Бернулли. Систолическую (СФ) и диастолическую функцию (ДФ) ПЖ оценивали по тканевой импульсно-волновой доплерографии (TDI) систолического (Sm) и диастолического смещения латерального кольца трикуспидального клапана (Em/Am) и импульсно-волновой доплерографии транстрикуспидального кровотока – ИВДТК (E/A).

Результаты:

Исходно, исследуемые (здоровые и больные БА) по показателям легочной и центральной гемодинамики, а также по систолической функции ПЖ достоверно не различались между собой. При оценке ДФ на низкогорье у больных БА выявлена скрытая диастолическая дисфункция ПЖ – у них при TDI обнаружено достоверное снижение Em/Am ($0,8 \pm 0,2$ против $1,6 \pm 0,2$ у здоровых, $p < 0,01$). У всех исследуемых при подъеме на высокогорье отмечалось повышение легочного артериального давления (ЛАД) и минутного объема сердца (МОС), снижение SaO₂. Однако более выраженный и достоверный прирост систолического ЛАД на высокогорье наблюдался у больных с БА по сравнению с здоровыми. (с $26,5 \pm 4,1$ мм рт.ст. до $38,0 \pm 9,4$ мм рт.ст. против с $22,5 \pm 1,5$ мм рт.ст. до $26,5 \pm 4,1$ мм рт.ст. у здоровых, $p < 0,01$). Систолическая функция ПЖ и ее размеры у всех обследуемых не претерпели существенных изменений. У больных БА по сравнению с здоровыми в первые сутки пребывания на высокогорье наблюдалась явная диастолическая дисфункция ПЖ – отмечалось достоверное снижение отношения раннего диастолического пика к позднему как при TDI, так и при ИВДТК ($0,6 \pm 0,2$ против $1,6 \pm 0,2$ и $0,8 \pm 0,3$ против $1,5 \pm 0,2$ соответственно).

Заключение:

Таким образом, у больных БА при пребывании на высокогорье наблюдается более выраженная гипоксическая легочная вазоконстрикция сопровождающаяся диастолической дисфункцией ПЖ сердца.

11.16. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Сапожников А. Н., Бурмистрова В. Г., Галявич А. С., Пышнограй Г. В., Гельфанд Е. М., Разин В. А., Мазурова О. В., Гимаев Р. Х.

Ульяновский Государственный Университет, Казанский Государственный Медицинский Университет, Алтайская Государственная Педагогическая Академия, Алтайский Государственный Технический Университет, Россия

Введение (цели/задачи):

Связанные с острым коронарным синдромом (ОКС) стрессовые повреждения слизистой оболочки желудка могут привести к эрозивным поражениям или даже к стрессовым язвам. Предупреждение гастропатий требует использование анти-

секреторных лекарственных средств, но их обязательное назначение несет определенный риск, т.к. падение кислотности желудочного сока увеличивает вероятность инфекционных осложнений. Цель и задачи: построение математической модели возникновения эрозивно-язвенных гастропатий у больных ОКС.

Материал и методы:

В исследование включили 423 мужчин и 194 женщины с ОКС, поступивших в региональный сосудистый центр г. Ульяновска в 2010-2013 гг. Средний возраст больных составлял 57 ± 9 лет. Факторами риска гастропатий являются: инфаркт миокарда в исходе ОКС, курение, длительный прием ацетилсалициловой кислоты, сахарный диабет II типа, наличие в анамнезе язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка, пожилой возраст, мультифокальный стеноз коронарных артерий и коагулопатии. Для построения линейной модели множественной регрессии использовался метод наименьших квадратов.

Результаты:

С целью прогнозирования возможного развития эрозивно-язвенных поражений желудка строилась регрессионная модель от следующих факторов: x_1 - наличие инфаркта, x_2 - возраст старше 60 лет, x_3 - наличие язвы в анамнезе, x_4 - курит, x_5 - принимает ацетилсалициловую кислоту, x_6 - есть сахарный диабет II типа, x_7 - наличие мультифокального стеноза коронарных артерий, x_8 - наличие коагулопатии. Построена модель - $Y = 0,03 + 0,09x_1 + 0,16x_2 + 0,27x_3 + 0,28x_4 + 0,26x_5 + 0,22x_6 + 0,20x_7 + 0,13x_8$ - вероятности гастропатий.

Заключение:

Для прогноза возникновения возможного развития эрозивно-язвенных поражений желудка у больных ОКС можно воспользоваться предложенной математической моделью.

11.17. МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Козлов И. Д., Гракович А. А., Щербина О. Ф.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «Кардиология», Отделение медицинских наук НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Моделирование влияния факторов, отраженных в показателях официальной статистики здравоохранения, на смертность от болезней системы кровообращения (БСК) позволяет установить приоритеты в использовании ресурсов здравоохранения. Цель. Выявление и количественная оценка влияния факторов, отраженных в официальной статистике здравоохранения, на показатели смертности от БСК населения Республики Беларусь

Материал и методы:

На основе информации, извлеченной из официальных статистических источников, была создана база данных, включающая республиканские и региональные показатели смертности от БСК, показатели общей и первичной заболеваемости и инвалидности и показатели организации кардиологической помощи. Последние отражали кадровую структуру и обеспеченность медицинских организаций системы министерства здравоохранения республики (25 показателей), сеть и структуру медицинских организаций (20 показателей), объемы

оказания медицинской помощи (18 показателей), основные показатели лечебно-профилактической деятельности (16 показателей) за период 2005 - 2010 годы по 7 регионам республики. Для выявления наличия, характера и тесноты связи перечисленных показателей с показателями смертности населения от БСК в пространственно-временном аспекте, использовался корреляционный анализ. Определялись значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена для каждой из пар «годовое значение организационно-медицинского показателя в регионе – годовое значение показателя смертности от БСК, в этом же регионе» во всех областях и городе Минске. Объем выборки составил 42 наблюдения. Из показателей со статистически значимыми коэффициентами ранговой корреляции после исключения взаимокоррелирующих, на основе множественного корреляционного анализа, формировался набор показателей для построения модели множественной регрессии. Сформированный таким образом набор показателей включался в нулевой вариант регрессионной модели (гребневая регрессия), а затем пошагово получали оптимальную регрессионную модель, статистически корректно объясняющую вариабельность показателя смертности от БСК

Результаты:

По результатам анализа построено уравнение множественной регрессии, описывающее статистическую связь между показателем смертности от БСК и шестью организационно-медицинскими показателями. Уравнение имеет вид: $Y = 664,78 - 51,64x_1 + 4,39x_2 + 18,20x_3 - 68,31x_4 - 1,42x_5 + 0,45x_6$, где x_1 - численность врачей терапевтов участковых, x_2 - смертность от отравлений алкоголем, x_3 - первичная инвалидность от цереброваскулярных болезней, x_4 - число коек отделений реанимации и интенсивной терапии, x_5 - общее число биохимических анализов крови, x_6 - число пациентов с впервые установленным диагнозом алкоголизма. Построенная модель объясняет 76,7% ($R^2 = 0,767$) вариации показателя смертности от БСК (в уравнении регрессии переменная Y).

Заключение:

Получена регрессионная модель зависимости величины показателя смертности от БСК от показателей заболеваемости, инвалидности и организации кардиологической помощи, статистически корректно объясняющая 76,7% его пространственно-временной вариации в Республике Беларусь.

11.18. НОВОЕ СОЕДИНЕНИЕ 2-ЭТИЛ-6-МЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНИЯ ФУМАРАТ, ОБЛАДАЮЩЕЕ ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Красненкова Т. П., Луговский А. П., Курман П. В., Евсеенко А. С., Кувшинова Н. А., Луговский А. А., Шабуня П. С., Фатыхова С. А.

ГНУ "Институт биоорганической химии НАН Беларуси", НИИ Прикладных физических проблем БГУ, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Эмоксипин для лечения сердечных заболеваний используется только в инъекционной форме. Лекарственное средство «Мексидол» выпускается в виде раствора для инъекций и в виде таблеток. Фумаровая кислота, являясь промежуточным продуктом цикла Кребса, в комплексе с этилпиридином может обладать активностью, сравнимой с синтезированными соединениями этилпиридина с янтарной кислотой или

превышать терапевтический эффект при той же дозе. Известно соединение, представляющее собой двойную соль 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина по обеим карбоксильным группам фумаровой кислоты, обладающее кардиопротекторной активностью. Его недостатком является низкая растворимость в воде. Синтезировано новое соединение 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина с фумаровой кислотой (ЭПФ) в соотношении реагентов 1:1, которое обладает высокой растворимостью. Цель работы состоит в исследовании провизионических свойств соли 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина с фумаровой кислотой.

Материал и методы:

Исследование эффективности ЭПФ было выполнено на крысах Вистар (n=84) на фоне экспериментальных моделей острой (ОИ) и хронической ишемии (ХИ). ОИ моделировалась внутривенным (в/в) введением раствора дофамина (20 мг/кг). После устойчивых изменений показателей ЭКГ животным в/в вводили ЭПФ (9, 90 мг/кг) или мексидол (90 мг/кг). Моделирование ХИ осуществлялось внутрибрюшинным введением дофамина в течение 7 суток (30 - 50 мг/кг). На фоне ХИ животным в течение 2 недель в/в вводили раствор ЭПФ (10 - 60 мг/кг), раствор мексидола (60 мг/кг). Эффективность ЭПФ исследована при интрагастральном (р.о.) введении в течение 30 суток (50-200 мг/кг) при ХИ в сравнении с мексидолом.

Результаты:

При в/в введении ЭПФ в дозе 90 мг/кг при ОИ амплитуда зубцов Q, S и T восстанавливается до уровня исходных значений, снижается ширина интервала QRST в течение 30-60 мин. Выживаемость животных – 100%. Введение (в/в) ЭПФ в дозе 30 мг/кг при ХИ приводит к нормализации амплитуды зубцов S, T, длительности интервала QRST, частоты сердечных сокращений. Достоверный эффект в нормализации показателей ЭКГ при р.о. введении ЭПФ наблюдался при дозе 100 мг/кг. Токсическая доза при остром введении >5000 мг/кг.

Заключение:

Соединение 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридиния фумарата демонстрирует высокую противоишемическую активность при различных путях введения и является малотоксичным.

11.19. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Оненко Н. В., Сердюцкая О. А., Бондарь В. Ю., Нетбай Р. В.

ФГБУ "ФЦССХ" МЗ РФ, г. ХАБАРОВСК, Россия

Введение (цели/задачи):

Высокая заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний обуславливают высокую потребность в кардиохирургической помощи. В 2012 году заболеваемость населения в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) составила 22,2 тысячи случаев на 100 тыс. человек, смертность - 735,7. Цель: Оценить доступность высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в разделе «сердечно-сосудистая хирургия» жителям ДФО.

Материал и методы:

Оказание ВМП осуществляется в соответствии с Конституцией РФ, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ, приказом Минздравсоцразвития России от 28.12.2011 года № 1689н, а также локальными нормативными актами. Приказом

главного врача утвержден порядок направления пациентов для оказания ВМП в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Хабаровск) (Центр) за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Настоящий порядок определяет правила направления пациентов и функции Врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание ВМП. На оказание ВМП пациенты могут быть направлены путем обращения в орган управления здравоохранением субъекта (ОУЗ), а также при непосредственном обращении пациента в Центр.

Результаты:

С целью увеличения доступности ВМП жителям ДФО в Центре организован консультативный прием кардиологических пациентов как очно, так и заочно. В 2013 году обратились за консультацией более 15 тысяч человек, из них 3574 человека направлены на оперативное лечение (70,6% от числа прооперированных). Доля пациентов направленных на оказание ВМП ОУЗ - 29,4%. За 3 года работы в Центре прооперировано более 13 000 человек. При этом значительно возрос объем операций, увеличился перечень выполняемых методик, постоянно внедряются современные методы лечения.

Заключение:

Таким образом, жителям ДФО стала более приближена высокотехнологичная кардиохирургическая помощь. Данной помощью охвачены жители всех субъектов ДФО, особенно пациенты Хабаровского края (ХК). В 2013 году доля пролеченных пациентов-жителей ХК составила 50,1% от всех пролеченных пациентов.

11.20. ОСОБЕННОСТИ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Зернюкова Е. А., Бакумов П. А., Гречкина Е. Р.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

Введение (цели/задачи):

Курение табака является одним из основных модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития ишемической болезни сердца и мозгового инсульта у курящего человека в среднем в 2 раза выше, чем у некурящего. Медицинские работники имеют все возможности для мотивации курящих лиц к отказу от курения и могут оказать эффективную помощь в избавлении от табачной зависимости. При этом курящий врач не только слабо мотивирован на оказание помощи курящим пациентам, но и его рекомендации по отказу от курения не вызывают доверия у пациентов. Целью исследования было изучение статуса курения у медицинских работников.

Материал и методы:

В исследование включено 46 медицинских работников с никотиновой зависимостью, из них женщин – 19 (41%), мужчин – 27 (59%). Средний возраст респондентов составил 45,2±1,9 лет. В ходе исследования оценивали: индекс курения, тип курительного поведения (тест Д. Хорна), степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), степень мотивации бросить курить, мотивацию к курению, психологическую готовность к отказу от курения.

Результаты:

Основными мотивами к курению были следующие: «когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а)» и «когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог». Каждый

респондент был отнесен к одной из четырех групп: постоянно курящие, твердо желающие бросить курить (48%); постоянно курящие, не желающие бросить курить, но не отвергающие эту возможность в будущем (30%); постоянно курящие, отвергающие возможность бросить курить (18%) курящие нерегулярно (4%). Индекс курения в исследуемой группе составил 18,7. При оценке степени никотиновой зависимости выявлена очень слабая или слабая зависимость (от 0 до 4 баллов по тесту Фагерстрема). При оценке степени мотивации бросить курить более 80% респондентов ответили, что бросили бы, если бы это было легко.

Заключение:

Обследованные курящие медицинские работники имеют слабую или очень слабую никотиновую зависимость, а около половины из них желают бросить курить; некоторые пытались самостоятельно избавиться от никотиновой зависимости. При этом основными мотивами к отказу от курения являются снижение риска сердечно-сосудистых и ряда других заболеваний, а также экономические соображения. Тем не менее, учитывая сложности борьбы с никотиновой зависимостью, необходимо составление четкого плана мероприятий по отказу от курения.

11.21. ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ МАКРО- И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сасонко М. Л., Гурфинкель Ю. И.

НКЦ ОАО "РЖД", г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Предгипертензия это своеобразный пролог к последующему развитию артериальной гипертензии с ее возможными осложнениями. В виду этого раннее выявление предгипертензии является актуальной задачей. Цель исследования: определить наличие и степень изменения параметров микроциркуляции, скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и эндотелиальной функции (ЭФ) у пациентов с предгипертензией.

Материал и методы:

В исследование включено 67 человек в возрасте от 40 до 60 лет. Группу с предгипертензией составили 32 пациента с систолическим АД (САД) 120-139 мм рт. ст. (ср. САД -128,6 ±7), 35 здоровых добровольцев включены в контрольную группу. Всем испытуемым проведена электрокардиография, эхокардиография с доплерографией, дуплексное сканирование сонных артерий, клиничко-лабораторное обследование. Оценивалась микроциркуляция крови ногтевого ложа руки с помощью цифровой капилляроскопии. Рассчитывался коэффициент ремоделирования, представляющий собой отношение диаметров капилляров в венозных отделах к диаметрам в артериальных отделах. Жесткость артерий оценивалась по изменению скорости пульсовой волны (СРПВ) на артериях руки, также определялась функция эндотелия. Анализ полученных данных проведен с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты:

В группе пациентов с предгипертензией по сравнению со здоровыми выявлено статистически значимо повышенные значения коэффициента ремоделирования, а также скорости распространения пульсовой волны, однако значения ЭФ у здоровых и пациентов статистически значимо не различались. Результаты исследования параметров макро- и микроциркуляции у пациентов с предгипертензией дают основание

предположить, что верхняя граница нормы для САД в 129 мм рт. ст. (в соответствии с Европейской классификацией) повышена и, на наш взгляд, не должна превышать уровень в 124 мм рт. ст. Таким образом, границы САД, соответствующие понятию «высокого нормального давления», могут находиться в пределах 125-139 мм рт. ст.

Заключение:

Исследование показало наличие патологического моделирования микроциркуляторного русла, повышения скорости распространения пульсовой волны у пациентов с предгипертензией. Количественная оценка нарушений макро- и микроциркуляции у пациентов с предгипертензией может стать хорошим ориентиром в первичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений.

11.22. ОЦЕНКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ, НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Белихина Т. И., Апсаликов К. Н., Болеуханова Р. Т., Пивина Л. М., Керимкулова А. С., Маркабаева А. М., Байбусинова Ж. Т., Курумбаев Р. Р.

НИИ радиационной медицины и экологии,
Государственный медицинский университет,
г. Семей, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Нарушения вегетативного обеспечения сердечной деятельности являются одной из причин развития болезней системы кровообращения, играя ведущую роль в генезе нарушений адаптационных механизмов сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы:

Проведена оценка функционирования вегетативного гомеостата по анализу распределения показателей ВРС с целью определения формирования неспецифической резистентности организма у потомков лиц, рожденных от родителей, подвергавшихся радиационному воздействию в диапазоне доз 250 и более мЗв. Исследование осуществлялось в рамках выполнения научно-технической программы «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения». Основная группа исследования включила 189 лиц, рожденных после 1963 года от экспонированных родителей; контрольная группа представлена 172 неэкспонированными лицами.

Результаты:

У жителей Абайского и Бескарагайского района регистрировалось превышение показателей, свидетельствующих о снижении эффективности вегетативной регуляции кровообращения (SDNN, мс) по сравнению с контролем (36,2; 37,8; 44,6, соответственно; $p<0,05;0,05$). Одновременно были повышены показатели парасимпатической регуляции (RMSSD, мс) (43,8; 42,4; 39,2 соответственно, $p<0,05;0,05$). Наиболее значимым было снижение соотношений симпатотонической и парасимпатической регуляции (LF, мс²/Гц) (590; 583; 728 соответственно, $p<0,01;0,01$), HF, мс²/Гц (810; 812; 792 соответственно, $p<0,05;0,05$). Установлено существенное снижение индекса LF/HF (0,73; 0,72; 0,92, $p<0,05;0,05$). Среди лиц Бородинского района не установлено существенных различий с контролем по основным показателям ВРС.

Заключение:

Результаты исследования позволили установить определенные закономерности, свидетельствующие о нарушениях неспецифической резистентности организма у потомков, рожденных от облученных родителей, заключающихся в снижении эффективности вегетативной регуляции кровообращения, повышении показателей парасимпатической регуляции, снижении соотношений симпатотонической и парасимпатической регуляции, что делает объяснимым факт «омоложения» болезней системы кровообращения в этих группах населения.

11.23. ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ РИТМА СЕРДЦА И ТЯЖЕСТЬЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

Сахин В. Т., Гордиенко А. В., Сотников А. В., Зайцев Г. К.

Военно-медицинская академия, ООО "ИНТОКС МЕД",
Санкт – Петербург, Россия

Введение (цели/задачи):

Изучить взаимосвязи между тяжестью повреждения, степенью нарушения сознания у пострадавших с тяжелой и крайне тяжелой сочетанной травмой груди в первые 12 часов от момента получения травмы и показателями вариабельности ритма сердца (ВРС).

Материал и методы:

Обследовано 14 мужчин с тяжелой и крайне тяжелой сочетанной травмой груди в возрасте $43,7 \pm 15,9$ лет. Тяжесть травмы оценивали по Injury Severity Score (ISS) по Baker S. P. et al. (1974). Степень нарушения сознания определяли по шкале Глазго (GCS). Показатели ВРС получали аппаратным комплексом САКР-2 (ООО «ИНТОКС МЕД») на участках ЭКГ длительностью 5 минут. При этом определяли следующие частотные показатели ВРС: VLF, LF, HF, LFnu, HFnu, LF/HF. Все пострадавшие по степени нарушения сознания разделены на две группы. В группу 1 вошли пострадавшие (57%) с нарушениями сознания, соответствовавшими комам (от 3 до 7 баллов GCS). Во вторую группу вошли пострадавшие (43%) с умеренным, глубоким оглушением и ясным сознанием (от 10 до 15 баллов GCS). Для оценки взаимосвязи показателей рассчитывали коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты:

В группе 1 тяжесть повреждения по шкале ISS составила $31,4 \pm 11,8$; а в группе 2 – $24 \pm 7,2$ (балла). В группе 1 установлена умеренная корреляционная связь между LFnu (-0,4; $p < 0,05$) и LF/HF (-0,37; $p < 0,05$). С остальными частотными показателями корреляционная связь оказалась слабой. В группе 2 установлены сильные положительные корреляционные связи с VLF (0,92; $p < 0,05$), LF (0,99; $p < 0,05$), HF (0,94; $p < 0,05$), TP (0,94; $p < 0,05$), и сильная отрицательная корреляционная связь с LFnu (-0,88; $p < 0,05$) и LF/HF (-0,88; $p < 0,05$).

Заключение:

У пострадавших с оглушением, а также находящихся в ясном сознании частотные показатели ВРС имеют сильные корреляционные связи с тяжестью повреждения и могут использоваться для оценки состояния и определения прогноза. У пострадавших в коме корреляционные связи выявлены только для LF и LF/HF, что является следствием чувствительности данного метода к артефактам ЭКГ (нарушения ритма), и требует более глубокого изучения.

11.24. ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Тренева Е. В., Захарова Н. О.

ГБОУ ВПО "СамГМУ" Минздрава России,
г. САМАРА, Россия

Введение (цели/задачи):

Одним из ведущих механизмов формирования и развития осложнений при артериальной гипертензии считается повышенная жесткость стенки артерий, определяемая скоростью распространения пульсовой волны (СРПВ) и лодыжечно-плечевым индексом (ЛПИ). Цель: Оценить состояние сосудистой стенки артерий эластического типа у ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Обследовано 122 пациента мужского пола в возрасте $52,3 \pm 3,6$ лет I группа – основная – 31 человек. Больные, страдающие Гипертонической болезнью II стадии, Артериальная гипертензия 1-2 степени, высокий риск, принимавшие участие в боевых действиях. II группа – 29 человек. Пациенты без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии, принимавшие участие в боевых действиях. III группа – 31 человек. Больные, страдающие Гипертонической болезнью II стадии, Артериальная гипертензия 1-2 степени, высокий риск, не принимавшие участие в боевых действиях. IV группа – контрольная – 31 человек. Пациенты без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии, не принимавшие участие в боевых действиях. Состояние сосудистой стенки оценивали плече-лодыжечным методом объёмной сфигмографии с помощью прибора VaSera-1000 («Fukuda Denshi», Япония).

Результаты:

Установлено, что СРПВ в артериях эластического типа у лиц всех трех групп достоверно увеличена по сравнению с пациентами группы контроля ($p < 0,05$), наибольшее отклонение от нормативных показателей зафиксировано у ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертензией и составило $16,23 \pm 2,10$ м/с. Большое значение для оценки истинной жесткости сосудов имеет сердечно-лодыжечный сосудистый индекс. Он достоверно повышен по сравнению с контрольной группой только у пациентов, страдающих АГ и составляет $10,26 \pm 0,64$. Показатели систолического и диастолического артериального давления достоверно различны у пациентов с артериальной гипертензией и группой контроля. Пульсовое артериальное давление достоверно отлично от контрольной группы у пациентов – ветеранов боевых действий.

Заключение:

1. Ветераны боевых действий, страдающие артериальной гипертензией, представляют собой группу повышенного риска в сравнении с пациентами, не принимавшими участия в боевых действиях, по возникновению сердечно-сосудистых осложнений ввиду повышенной артериальной жесткости. 2. Для ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертензией, прослеживается тенденция к формированию изолированной систолической гипертензии. 3. Ветераны боевых действий без клинико-инструментальных проявлений сердечно-сосудистой патологии представляют собой группу риска по возникновению кардиоваскулярных заболеваний ввиду развития у них субклинического ремоделирования артерий.

11.25. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Поселюгина О. Б.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава РФ,
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
БОЛЕЗНЕЙ, г. Тверь, Россия**Введение (цели/задачи):**

Цель. Изучить психосоматические соотношения и отношение к болезни у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы:

Обследовано 152 больных СД2 (мужчин 40, женщин 112; средний возраст 53 года). У них изучались вариабельность сердечного ритма с определением тонуса вегетативной нервной системы, психологические особенности личности (тест СМОЛ) и проводилась диагностика типов отношения к болезни (тест ЛОБИ).

Результаты:

Оказалось, что у 76 (40%) больных доминировала эйтония, у 100 (52,8%) симпатикотония и у 14 (7,2%) имелась ваготония. Это, в частности, нашло свое отражение в статистически достоверных различиях ($p < 0,05-0,01$) таких показателей как мода, амплитуда моды, вариационный размах и индекс напряжения у больных эйтонией (соответственно $0,85 \pm 0,01$ с, $59,4 \pm 0,03\%$, $0,39 \pm 0,03$ с и $182,3 \pm 9,3$ усл. ед.) и больных с симпатикотонией ($0,7 \pm 0,01$ с, $82 \pm 0,02\%$, $0,14 \pm 0,02$ с и $505,7 \pm 11,8$ усл. ед.). Оказалось, что у больных с симпатикотонией по сравнению с теми, у которых имелась эйтония, имелось более тяжелое течение болезни, более высокие показатели гликемии и артериальной гипертензии. У них наблюдалось достоверное повышение профиля СМОЛ по шкалам ипохондрии (1) и истерии (3), что в целом свидетельствовало об их большей мнительности, повышенной невротизации и неустойчивости к эмоциям. Гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни, свидетельствующие об отсутствии социальной дезадаптации, достоверно реже (29; 20%) встретились у больных с симпатикотонией, чем при наличии эйтонии (44; 58%). Напротив, дезадаптивные типы отношения к болезни (тревожный, неврастенический, паранояльный и др.) чаще наблюдались в первой группе больных (71; 71%), чем во второй (32; 42%; $p < 0,05$).

Заключение:

Представленные данные дают основание полагать, что в реализации психосоматических соотношений у больных сахарным диабетом 2 типа принимает участие исходный вегетативный тонус, что требует учета при проведении реабилитационных мероприятий.

11.26. СОДЕРЖАНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА И КРОВИ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙБелоус Т. М., Симак И. З., Дидух Г. В., Гнатюк М. Г.,
Манойленко Г. И., Кухта О. Я.Буковинский государственный медицинский университет,
Областная детская клиническая больница,
г. Черновцы, Украина**Введение (цели/задачи):**

Изучить содержание метаболитов оксида азота в конденсате

выдыхаемого воздуха и сыворотке крови у детей с вегетативной дисфункцией.

Материал и методы:

Методом простой случайной выборки сформирована когорта из 54 подростков, получавших стационарное лечение в ОДКБ г. Черновцы по поводу вегетативной дисфункции. Группы формировали по типу исходного вегетативного тонуса: I группу составили 12 детей с ваготоническим типом вегетативной дисфункции (ВСД), II группу - 23 детей со смешанным типом ВСД и III группу - 19 детей с симпатикотоническим ее вариантом. Средний возраст пациентов I группы составил $14,2 \pm 0,69$ лет (мальчиков 41,7%), II группы - $15,4 \pm 0,47$ лет (мальчиков 66,7%) и III группы - $15,7 \pm 0,35$ лет (мальчиков 84,6%). Обследование включало определение содержания метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха и сыворотке крови.

Результаты:

Установлено, что среднее содержание метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха составило у пациентов I группы $38,5 \pm 4,7$ мкмоль/л, во II группе - $31,6 \pm 5,6$ мкмоль/л и в III группе - $28,9 \pm 6,2$ мкмоль/л ($p > 0,05$), а в сыворотке крови - $17,9 \pm 1,6$ мкмоль/л, во II группе - $16,3 \pm 1,5$ мкмоль/л и в III группе - $12,3 \pm 1,2$ мкмоль/л ($p < 0,05$ при I:III). Следует отметить, что отмечалась достоверная корреляционная связь содержания метаболитов оксида азота с индексом массы тела пациентов на уровне ($r = -0,6$, $p = 0,02$), что только подтверждало взаимосвязь повышенной массы тела с риском развития гипертонической болезни. Так, средний индекс массы тела в I группе составил $19,4 \pm 0,6$, во II группе - $21,1 \pm 0,6$ и в III группе - $25,1 \pm 1,9$ ($p < 0,05$ при I, II : III).

Заключение:

У детей, страдающих вегетативной дисфункцией по симпатикотоническому типу, по сравнению с пациентами с ваготоническим вариантом в конденсате выдыхаемого воздуха и сыворотке крови наблюдается снижение содержания метаболитов оксида азота, что достоверно коррелирует с индексом массы тела.

11.27 СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Рахимов З. Я.

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан,
ТИППМК, г. Душанбе, Республика Таджикистан**Введение (цели/задачи):**

По данным ВОЗ, профилактика и контроль неинфекционных заболеваний (НИЗ) может существенно снизить бремя и направить средства на более эффективное социальное и экономическое развитие государства с ограниченными ресурсами.

Материал и методы:

Аналізу подвергнуты данные скрининговых исследований и мониторинга ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), распространенность модифицируемых факторов риска НИЗ в рамках реализации национальной "Стратегии профилактики и контроля НИЗ и травматизма в РТ в период 2013-2023 гг." внедрением международных протоколов профилактики WHO PEN №1-4

Результаты:

В структуре смертности населения РТ на долю НИЗ приходится 63%. В том числе на долю КВЗ и сахарный диабет приходится

41%, онкопатологию 7%, травмы и отравления 4%, бронхолегочные болезни 3%, другие НИЗ 8%. Распространенность АГ по регионам составила от 18 до 31% (в среднем 22%), гиперхолестеринемия выявлена у 28,9±3,6% популяции, ожирение и избыточная масса тела у 18,8±1,97% населения.

Заключение:

Таким образом, в РТ активно внедряются современные профилактические программы как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях, которые могут помочь в реализации планов ВОЗ в РТ "Здоровье 2020" и национальных программ.

11.28. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Конюх Е. А.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей с патологией почек имеет важное значение как в плане прогноза течения заболевания, так и его исхода. Цель исследования: изучить структуру патологии ССС у детей с гломерулонефритом.

Материал и методы:

Обследованы 78 детей, которые находились под наблюдением в соматическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»: 41 ребенок был госпитализирован по поводу острого гломерулонефрита (ОГН), 37 – хронического гломерулонефрита (ХГН). Возрастной диапазон составлял от 6 до 18 лет. Состояние сердечно-сосудистой системы изучено по данным объективного осмотра, ультразвукового (УЗИ) и электрокардиографического исследования (ЭКГ), суточного мониторинга артериального давления (СМАД).

Результаты:

При анализе клинической картины заболевания и объективном обследовании установлено, что жалобы на головную боль и повышение АД отмечались в острый период заболевания у 41,5% пациентов с ОГН и 5,4% детей с ХГН ($p=0,0009$). У 24,6% детей с хроническим течением болезни при проведении СМАД диагностирована стабильная артериальная гипертензия при отсутствии жалоб ребенка. По результатам УЗИ сердца у 36,4% обследуемых диагностированы МАРС: у 28,3% – аномально расположенные хорды левого желудочка, у 8,1% – пролапс митрального клапана I степени. У 1 пациента, получающего лечение перитонеальным диализом, выявлено расширение полостей сердца и снижение сократительной способности миокарда до 20%. При анализе ЭКГ у большинства детей (72%) были получены данные, соответствующие возрастной норме. В 28% случаев у пациентов с ОГН и в период обострения ХГН были выявлены нарушение реполяризации желудочков (8,4%), нарушение внутрижелудочковой проводимости (4,2%), признаки тахи- или брадикардии (15,4%).

Заключение:

У детей с ОГН и ХГН необходимо проведение динамического исследования состояния ССС при отсутствии объективных жалоб с целью наиболее раннего выявления и своевременной медикаментозной коррекции патологических изменений.

11.29. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И БЕЗ НЕЕ

Окунова А. А., Мухтаренко С. Ю., Мураталиев Т. М., Неклюдова Ю. Н., Звенцова В. К.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ им. М. Миррахимова, г. Бишкек, Киргизия

Введение (цели/задачи):

Изучить распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра и качество жизни (КЖ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) и без нее.

Материал и методы:

Обследовано 100 больных КБС (средний возраст 56,47±8,46): 50 больных без ГБ (группа I) и 50 – в сочетании с ГБ (группа II). Для диагностики тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу депрессии Бека (BDI), тест Спилберга для диагностики реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности, Модифицированный Сизлский опросник для больных стенокардией (МСОС).

Результаты:

Уровень тревоги по шкале HADS в I группе больных составил 10,14±5,06, во II группе – 9,28±3,93, что соответствовало субклинически выраженной тревоге, различие недостоверно. В обеих группах отсутствовали симптомы депрессии по шкале HADS (7,68±3,81 и 6,88±3,55 соответственно, различие недостоверно). Уровень депрессии по шкале BDI в I группе составил 14,24±7,52 балла, что соответствовало легкой степени депрессии, а во II группе – 16,86±10,43, что указывало на умеренную степень депрессии, различие недостоверно. Отмечалась высокая степень РТ по тесту Спилберга в обеих группах больных (48,86±9,76 и 46,66±9,35 соответственно, который был достоверно выше в I группе, $p<0,001$). Уровень ЛТ также соответствовал высокой степени в обеих группах и был также достоверно выше в I группе (50,16±9,96 и 48,92±10,13 соответственно, $p<0,001$). Показатель КЖ был достоверно выше во II группе больных (24,12±6,13 и 24,68±4,25 соответственно, $p<0,001$).

Заключение:

Таким образом, можно предположить, что снижение уровня тревожности в группе больных КБС в сочетании с ГБ и повышение показателя КЖ в этой группе объясняется тем, что длительное течение соматического заболевания (ГБ как фактор риска КБС) способствует формированию механизмов психической адаптации, влияющих на снижение уровня тревожности и повышение КЖ, по сравнению с таковыми в группе больных КБС без ГБ, в которой симптомы острого коронарного синдрома (нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда) повышают уровень тревожности и снижают значение показателя КЖ.

11.30. УБИХИНОН – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ СРЕДСТВО КАРДИОПРОТЕКЦИИ

Кучменко Е. Б., Бурлака А. П., Ганусевич И. И.

ННЦ «Институт кардиологии им. акад. М.Д.Стражеско» НАМН Украины, ИЭПОР им. Р.Е. Кавецкого НАН

Украины, г. Киев, Украина

Введение (цели/задачи):

Целью работы было изучение кардиопротекторных свойств кудесана (препарата CoQ10) в эксперименте при введении доксорубина.

Материал и методы:

На модели доксорубинового повреждения сердца (крысам-самцам массой 180-220 г вводили внутривенно доксорубин гидрохлорид в дозе 2,2 мг/кг массы тела ежедневно на протяжении 8 суток) изучали показатели функционирования биоэнергетических, про- и антиоксидантных систем, состояния митохондриальной поры переходной проницаемости (mPTP) и активности матриксных металлопротеиназ-2 и -9 (ММП-2, -9) в тканях и митохондриях сердца.

Результаты:

При введении доксорубина наблюдается развитие митохондриальной дисфункции. В частности, имеет место снижение содержания убихинона в тканях и митохондриях сердца, НАДН-убихинон-оксидоредуктазной, сукцинат-убихинон-оксидоредуктазной и цитохром с-оксидазной активности, интенсификация процессов свободнорадикального окисления липидов и белков, увеличение содержания супероксидного анион-радикала и NO, изменения активности ферментов антиоксидантной защиты (супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы), увеличение чувствительности mPTP к действию индукторов её открытия (Ca²⁺ и фениларсеноксида) и активности ММП-2, -9. При использовании кудесана наблюдается увеличение содержания убихинона, нормализация активности комплексов I, II и IV цепи транспорта электронов в митохондриях сердца, процессов свободнорадикального окисления липидов и белков, активности ферментных систем антиоксидантной защиты, снижение чувствительности mPTP к действию индукторов её открытия, активности ММП-2, -9.

Заключение:

Таким образом, учитывая тот факт, что сердечно-сосудистые заболевания сопровождаются нарушением обменных процессов в миокарде, является целесообразным применение при их лечении препаратов метаболического типа. Представленные в работе экспериментальные данные открывают перспективу создания новых патогенетически обоснованных подходов и способов профилактики и лечения метаболических нарушений при патологиях сердечно-сосудистой системы.

11.31. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕНОКАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Демикова Н. В., Винниченко Л. Б., Доминас В. М., Горфеева В. П.

Сумский государственный университет, КУ СГКБ №1, г. Сумы, Украина

Введение (цели/задачи):

Оценить функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) под влиянием антигипертензивного лечения у больных с хроническим ренокардиальным синдромом.

Материал и методы:

Обследовано 36 больных с хроническим ренокардиальным синдромом, из них 20 больных хроническим гломерулонефритом и 16 диабетической нефропатией. Контрольную груп-

пу составили 24 условно здоровых лиц. Изучение центральной гемодинамики, оценку систолической и диастолической функции ЛЖ проводили на ультразвуковом аппарате HD11XE Phillips, США. Назначали фозиноприл 10-20 мг/сут. в сочетании с амлодипином в течение 12 месяцев.

Результаты:

Исходная величина КСО составила 90,0 (71,1; 112,8) мл. После терапии КСО уменьшился до 48,0 (35,0; 56,3) мл, что составило 46,7% (p=0,002). Аналогичные изменения были установлены и для КДО. Исходная величина КДО составляла 188,2 (160,2; 231,7) мл, после лечения уменьшение КДО произошло на 37,5% (p=0,002). Исходный показатель УО в вышеупомянутой группе составил 95,1 (82,5; 99,8) мл. После лечения УО снизился на 21,2% (p=0,002) соответственно. Уменьшился также СИ до 2,6 (1,9; 3,3) л·мин./м², что составило 21,2% (p=0,028). Указанные изменения объемов сердца и гемодинамики сопровождались увеличением ФВ на 23,2% (p=0,0003). При исходном уровне ИММЛЖ 152,2 (114,9; 197,8) г/м² под влиянием лечения он уменьшился до 95,3 (88,6; 170,9) г/м², или на 37,4% (p=0,003). Показатели диастолической функции ЛЖ сердца изменились: скорость Е увеличилась с 0,54 (0,39; 0,767) до 0,57 (0,45; 0,71) м/с, или на 5,3% (p=0,0008). Увеличились показатели, характеризующие сократимость левого предсердия, что нашло отражение в уменьшении скорости А с 0,38 (0,33; 0,44) до 0,37 (0,32; 0,41) м/с, или на 2,6%. Это привело к увеличению коэффициента Е/А на 8,3% (p=0,032). Отмечено уменьшение DT с 180,0 (150,0; 220,0) до 160 (150,0; 200,0) мс, или на 11,19%, p=0,043. Отмечено также укорочение интервала IVRT на 1,8% (p=0,024) и уменьшение среднего давления в легочной артерии с 26,7 (24,7; 31,6) до 22,4 (20,1; 28,4) мм рт. ст., или на 16,1% (p=0,001).

Заключение:

Комбинированное применение фозиноприла и амлодипина нормализует гемодинамические показатели, улучшает диастолическую функцию за счет улучшения процессов релаксации миокарда ЛЖ, возможно за счет уменьшения фиброобразования миокарда.

11.32. ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Сапожников А. Н., Галявич А. С., Разин В. А., Мазурова О. В., Гимаев Р. Х.

Ульяновский Государственный Университет, г. Ульяновск, Россия, Казанский Государственный Медицинский Университет, г. Казань, Республика Татарстан, Россия

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Связанные с острым коронарным синдромом (ОКС) повреждения слизистой верхних отделов ЖКТ в 2-4% случаев осложняются клинически значимыми кровотечениями с частыми летальными исходами [E.S.Bornsson, 2013]. При этом эндоскопические исследования пищевода и желудка в силу разных причин проводятся не у всех пациентов с ОКС. Цель. Определить особенности эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ у больных ОКС.

Материал и методы:

В исследование включили 423 мужчин и 194 женщины с ОКС, в возрасте 57±9 лет. При сборе анамнеза уточнялось наличие ранее язвенной болезни (ЯБ) 12-перстной кишки и/или

желудка. Эндоскопическое исследование производилось на цифровом цветном видеопроцессоре «Pentax EPK-1000».

Результаты:

Эрозивно-язвенные поражения желудка выявлены у 375 (60,8%) больных. По локализации эрозий преобладали острые эрозии желудка (преимущественно антрального отдела) – 188 (50,1%) пациентов. Эрозивная дуоденопатия – 131 (35%) больных. Эрозивные поражения желудка и 12 п.к. – 56 (14,9%) случаев. Количественно чаще наблюдались единичные эрозии – 274 (73,1%). У 121 (26,9%) пациента выявлены множественные эрозии. Острые язвы – 3 случая (0,48%). Желудочное кровотечение умеренной, средней степени тяжести 7 (1,1%) человек. ЯБ анамнестически выявили у 189 (30,6%). Стадия обострения ЯБ отмечена у 87 (46%) пациентов; ремиссия – в 102 (54%) обследованиях. Поражения пищевода отмечены реже: эзофагит 1-2 степени у 57 (9%) и 3 степени у 2 (0,3%) пациентов. Еще у 3 (0,48%) пациентов выявлен пищевод Баррета. Грыжа пищеводного отдела диафрагмы у 29 (4,7%) больных.

Заключение:

У больных с ОК эрозивно-язвенные поражения желудка наблюдаются чаще, чем пищевода. Треть больных имеют «язвенный анамнез», в 46% случаев выявляется стадия обострения.

11.33. ХАРАКТЕРИСТИКА CD3+CD16+CD56+ СУБПОПУЛЯЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ИММУННЫМ МИОКАРДИТОМ

Санина Н. П., Хишова Н. Н., Москалец О. В., Макарьев А. И.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

CD3+CD16+CD56+ клетки представляют собой уникальную субпопуляцию лимфоцитов, обладающих свойствами Т- и НК-клеток и объединяющих механизмы неспецифической резистентности и иммунной защиты организма. CD3+CD16+CD56+ лимфоциты обладают цитотоксической и противовирусной активностью, однако их роль при воспалительных поражениях миокарда остается малоизученной.

Материал и методы:

В работе использованы образцы периферической крови 17 больных острым инфекционно-иммунным миокардитом (ОИИМ). Контрольную группу составили 10 здоровых доноров. Поверхностный фенотип лимфоцитов изучали методом проточной цитометрии. Концентрации цитокинов в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Для статистического анализа использовали U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты:

Количество CD3+CD16+CD56+ лимфоцитов в группе больных ОИИМ оказалось сниженным (4,8% по сравнению с 13,9% в контрольной группе, $p < 0,01$). В группе здоровых доноров выявлялась положительная корреляционная связь между числом CD3+CD16+CD56+ и CD3+CD8+ лимфоцитов ($r = 0,78$; $p < 0,01$), но не общим числом CD3+ клеток, что указывает на принадлежность CD3+CD16+CD56+ лимфоцитов к цитотоксической CD8+ субпопуляции. В контрольной группе также наблюдалась отрицательная корреляционная связь между

числом CD3+CD16+CD56+ лимфоцитов и концентрациями интерлейкина (ИЛ) 4 ($r = -0,92$; $p < 0,05$) и ИЛ-10 ($r = -0,74$; $p < 0,05$), подавляющих цитотоксическую и противовирусную активность иммунокомпетентных клеток. В группе больных ОИИМ взаимосвязи иммунологических показателей, обнаруженные у здоровых лиц, отсутствовали.

Заключение:

ОИИМ характеризуется количественным и функциональным угнетением CD3+CD16+CD56+ субпопуляции Т-лимфоцитов. Этот феномен, вероятно, имеет компенсаторное значение, ограничивая иммунное повреждение миокарда, однако подавление механизмов противовирусной защиты может способствовать персистенции вируса и хронизации воспалительного процесса.

11.34. ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЕ «ТРИОИН»-А НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Бахроми М. Т., Хайдаров К. Х.

ТИППМК, Институт химии им. В.В. Никитина АН РТ, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение (цели/задачи):

Изучить влияния раствора «Триоин»-а на сердечно-сосудистую систему.

Материал и методы:

Эксперименты проводились на 20 белых крысах массой 200-220 г. и на кошках массой от 3 до 4 кг под уретановым наркозом (1,2 г/кг). «Триоин» вводили в вену бедра. Влияние «Триоина» изучали на изолированных по методу Штрауба сердцах кошек *in situ*. Опыты проводили на кошках обоего пола. Животные находились под искусственным дыханием и уретановым наркозом (1,2 г/кг). «Триоин» в дозах 0,4–0,5 мг/кг, введенный в вену, вызывал увеличение амплитуды сердечных сокращений в 2-3 раза, урежение частоты сердечных сокращений на 15-20 %. Влияние «Триоина» на артериальное давление исследовали также на здоровых интактных, и на кроликах с экспериментально вызванным атеросклерозом.

Результаты:

На 20 белых крысах массой 200-220 г. «Триоин» в дозах от 50 до 400 мг/кг массы, разведенный в подсолнечном масле в виде эмульсии, при внутрижелудочном и внутрибрюшинном введении не оказывал какого-либо изменения кровяного давления (КД) и ритма дыхания. При повышении дозы «Триоина» до 500-1000 мг/кг массы КД падало на 43% и держалось на этом уровне в течение 2-2,5 ч., дыхание становилось глубоким, частота дыхательного ритма почти не изменялась. Повышение КД на 15-17 мм.рт.ст. продолжительностью 25-30 мин с последующим снижением до исходного уровня и ниже наблюдалось у кошек при введении «Триоина» в дозе 20 мг/кг. Частота сердечных сокращений (ЧСС) урежалась на 20-22%, амплитуда пульсовой волны (ПВ) значительно увеличивалась, дыхательная деятельность оставалась без изменений. Доза 10 мг/кг вызывала едва заметное повышение КД, наблюдавшееся в течение 15-20 мин. Незначительное увеличение ПВ и замедление ЧСС на 8-10%. Через 35-40 мин наблюдалось заметное урежение ЧСС на 25-30% и увеличение ПВ в 1,4 раза, одновременно отмечалось урежение дыхания с небольшим увеличением его амплитуды. У здоровых кроликов «Триоин» в дозе 0,03-0,05 мг/кг вызывал повышение артериального давления на 10-13 мм.рт.ст.; у кроликов с атеросклерозом

прессорная реакция была выражена больше, особенно в плане длительности эффекта, в среднем составив 12,2 мин., а у здоровых кроликах – 6,3 мин.

Заключение:

«Трионин» избирательно действуя на нервно-мышечный аппарат сердца различных животных, вызывает удлинение диастолы и усиление систолы подобно другим известным кардиотоническим препаратам.

11.35. ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Дюсупова А. А., Дюсупов А. З., Дюсупов А. А.,
Дюсупова Б. Б., ШАБДАРБАЕВА Д. М.,
ЕСПЕНБЕТОВА М. Ж., ЮРКОВСКАЯ О. А., ЖУМАНБАЕВА Ж. М.

ОВП ГМУ, г.СЕМЕЙ, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

Актуальной проблемой клинической медицины является изучение состояния центральной гемодинамики у больных, которым проводится инфузионная терапия. Цель работы: изучить исходное и посттрансфузионное состояние центральной и легочной гемодинамики у исследуемых больных

Материал и методы:

Состояние центральной и легочной гемодинамики оценивали методами инвазивного (измерение центрального венозного давления (ЦВД): катетеризация подключичной вены по Сельдингеру) и неинвазивного мониторинга (эхокардиографическое исследование сердца (ЭхоКГ) - МО-минутный объем, УО-ударный объем, УИ-ударный индекс, СИ-сердечный индекс, ФВ-фракция выброса, ЛП-левое предсердие, ПЖ-правый желудочек, ОЛС-общее легочное сопротивление, ДЛАСр.-среднее давление в легочной артерии, диаметр ЛА-легочной артерии, максимальную скорость кровотока через ЛА)). Обследовано было 36 больных, которые получали лечение в палате интенсивной терапии и в специализированных отделениях больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей. Основу составили пациенты с ожогами 2-3Б степени и с переломами конечностей (70,5%), оставшуюся часть составили пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями (23%) и с острой пневмонией (6,5%).

Результаты:

Всем больным оказывалась неотложная помощь, основой которой являлась инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ). ИТТ состояла из коллоидных, кристаллоидных растворов, препаратов крови и кровезаменителей. По результатам анализа выявлено, что объем внутривенной инфузии составил от 450 до 1600 мл/сутки. Исследованием исходных значений параметров центральной и легочной гемодинамики у больных до начала ИТТ в целом по группе выявлено нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы. Иная ситуация сложилась после проведенной инфузионной терапии. Так зарегистрировано статистически значимое повышение величин ЦВД от $4,5 \pm 0,4$ до $69 \pm 2,6$ мм вод.ст., АДср. от $98 \pm 1,2$ до $107,3 \pm 1,6$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). Частота сердечных сокращений возросла до $97,7 \pm 1,1$ ударов в минуту ($P < 0,05$). Показатели МО и СИ достоверно отличались от исходных их значений ($7,0 \pm 0,2$ л/мин и $4,3 \pm 0,1$ л/мин/м²) и составили соответственно $8,0 \pm 0,1$ л/мин, $4,7 \pm 0,2$ л/мин/м². То же самое можно сказать и о ЛП и ПЖ, полостные размеры которых увеличились до $3,3 \pm 0,04$ и $2,7 \pm 0,05$ см при исходных значениях $3,0 \pm 0,05$ и $2,4 \pm 0,03$ см

соответственно ($P < 0,05$). Касательно параметров ФВ, УО и УИ, то динамика последних носила характер тенденции ($P > 0,05$). В отношении динамики параметров легочной гемодинамики выявлено достоверное повышение ДЛАСр. и диаметра ЛА от $12,6 \pm 0,5$ и $2,1 \pm 0,03$ до $19,8 \pm 0,7$ мм рт.ст. и $2,4 \pm 0,07$ см соответственно ($P < 0,05$). Обнаружены повышенные значения ОЛС - $310 \pm 13,2$ дин/с/см⁵ ($P < 0,05$) и максимальной скорости легочного кровотока - $1,0 \pm 0,03$ м/с ($P < 0,05$). Следует отметить, что у пациентов с показателями ЦВД в пределах от 30 до 83 мм вод.ст. значения среднего давления в легочной артерии составили 26-38 мм рт.ст., а ОЛС на уровне от 405 до 685 дин/с/см⁵.

Заключение:

1. при проведении ИТТ с целью профилактики волемических осложнений необходим контроль за исходным и посттрансфузионным уровнем ЦВД и показателями легочной гемодинамики (ДЛАСр., ОЛС, максимальная скорость кровотока ЛА).
2. при значениях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки легочной гипертензии
3. ЦВД при проведении ИТТ в соответствии с данными ЭхоКГ необходимо поддерживать на уровне не более 30 мм вод.ст.

11.36. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА ПРИ ДКМП

ДАВИРОВА Ш. Ш., КУРБАНОВ Н. А., АБДУЛЛАЕВ Т. А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить клиническую эффективность ивабрадина на фоне стандартной терапии (СТ) хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы:

В исследование были включены 40 больных (муж/жен - 12/28; ср. возраст $37,9 \pm 1,1$ лет (от 14 до 62 лет)), находившиеся под наблюдением в нашей лаборатории и продолжающих принимать бета-блокаторы. Ивабрадин был включен при невозможности титрования доз БАБ. Комплекс обследований включал: объективное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, ХМЭКГ, тест -6 минутной ходьбы (ТШХ), рентгенография грудной клетки. Стандартная терапия (СТ) включала: ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, мочегонные препараты, антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды и ивабрадин («Кораксан» лаборатории «Сервье», Франция) в суточной дозе 10-15 мг/сут.

Результаты:

Исходно, в целом по группе ФК ХСН по NYHA составил $3,3 \pm 0,2$, длина пройденной дистанции за 6 мин - $256,3 \pm 31,2$ метров. Количество баллов по ШОКС - $10,1 \pm 1,4$. Показатели центральной гемодинамики были в следующих пределах: САД $108 \pm 7,4$ мм рт ст; ДАД $78,3 \pm 3,2$ мм рт ст; ЧСС $99,4 \pm 13,2$ удмин. ЭхоКГ параметры: ПЖ - $3,8 \pm 0,6$ см; КДРлж - $7,4 \pm 3,1$ см; КСР лж - $5,8 \pm 2,2$ см; ФВлж - $32,5 \pm 1,7\%$. Показатели доплерографии соответствовали рестриктивному типу релаксации ЛЖ: Е - $1,24 \pm 0,45$ мс; А - $0,41 \pm 0,09$ м/с; Е/А - $3,1 \pm 0,1$; ВИВР $63,5 \pm 13,2$ мс; КТИ - $67,3 \pm 1,5$. Анализ 3-х месячной терапии СТ +И выявил следующую положительную динамику, улучшение клинического состояния пациентов, в виде уменьшения симптомов сердечной недостаточности и количества баллов по ШОКС на

15% (с $10,1 \pm 1,4$ до $8,5 \pm 1,2$; $p=0,000$), увеличения толерантности к физической нагрузке и длины пройденной дистанции на 22,6% (в среднем на $58,5 \pm 12,5$ метров; $p=0,000$). Также отмечено благоприятное влияние комбинированной терапии на показатели центральной гемодинамики: повышение САД на 5,7% (с $108 \pm 3,4$ до $114,2 \pm 3,2$ мм рт.ст.; $p=0,000$), ДАД на 5,1% (с $78,3 \pm 3,2$ до $82,1 \pm 2,1$ мм рт.ст.; $p=0,000$). При отсутствии достоверного влияния СТ+И на линейные показатели сердца, отмечено повышение инотропной функции сердца на 3,8% (с $32,5 \pm 1,7$ до $41,2 \pm 1,3$; $p=0,000$). Со стороны параметров доплерографии было выявлено достоверное улучшение диастолической функции ЛЖ, выражающейся в снижении VeVa (исходно $E=1,24 \pm 0,25$ A= $0,41 \pm 0,09$ м/с, VeVa=3,1; ВИБР $63,5 \pm 13,2$ мс на фоне терапии $E=0,93 \pm 0,21$ ($p=0,000$); A= $0,51 \pm 0,11$ ($p=0,000$); VeVa=1,7 ($p=0,000$); ВИБР $93,12 \pm 19,15$ мс ($p=0,000$)).

Заключение:

Применение ивабрадина на фоне СТ ХСН приводит к уменьшению симптомов сердечной недостаточности, улучшению переносимости нагрузок, и избирательно действуя на хронотропную функцию сердца, улучшает диастолическую функцию ЛЖ за счет удлинения времени диастолического наполнения у больных ДКМП.

11.37. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО УСТРОЙСТВА ПОДДЕРЖКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ОРАЗАЕВА А. Д., БЕКБОСЫНОВА М. С., ДЖЕТЫБАЕВА С. К., АНДОСОВА С. А.

АО "НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР", АСТАНА, КАЗАХСТАН

Введение (цели/задачи):

В настоящее время более широко для лечения терминальной сердечной недостаточности используются вспомогательные устройства поддержки сердца. В 1988 году заболеваемость инфекционными осложнениями после имплантации VAD в США из 75 пациентов составила 19%. В настоящее время заболеваемость составляет более 25%. Необходимо найти новые способы и методы диагностики, лечения и профилактики этого фатального осложнения. Цель исследования: Оценить частоту развития инфекционных осложнений после имплантации вспомогательного устройства поддержки левого желудочка. Менеджмент ведения пациентов с инфекционными осложнениями после имплантации вспомогательного устройства поддержки левого желудочка.

Материал и методы:

За период с ноября 2011 года по январь 2014 года всего прооперировано 91 больных, имплантировано 96 устройств поддержки сердца, 72 устройств модели Heart Mate II и 24 устройства модели Heart Ware. Имплантация Heart Mate II в сочетании с АКШ (59%), протезирование МК, ТК (9%), протезирование АК (13%), протезирование аорты (10%), пластика ТК (10%). Имплантация Heart Ware в сочетании с АКШ протезированием аорты (20%), пластика АК и ТК (20%), АКШ (40%), пластика ТК (20%). Средний возраст больных 45 ± 13 лет. Женский пол 30 (32,9%), мужской пол 61 (67,03%), ВТТ41 (45,05%) больных. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводилась двухкомпонентная антибактериальная терапия.

Изучались данные клинического состояния пациентов, бактериологического исследования места выхода магистральной от VAD, эхокардиографии, рентгенологического исследования, компьютерной томографии. В раннем и позднем послеоперационном периоде проводился строгий инструктаж и обучение пациентов по правилам обработки рук, работы с контролем, правилам обработки места выхода магистральной от VAD.

Результаты:

Один случай (5,2%) из девятнадцати закончился летальным исходом. У 19 (21%) пациентов (HeartMate II ($n=18$, 94,7%) и HeartWare ($n=1$, 5,2%);) инфекционные осложнения со стороны магистральной от VAD развивались в среднем на $12 \pm 2,2$ месяца после операции. По результату бактериологического исследования Staphylococcus aureus (Staph.Epidermidis, Staph. Faecalis, E. Coli) 86%, Pseudomonas aeruginosa 14%. Назначалась антибактериальная терапия по показаниям в зависимости от категории раны согласно чувствительности, обработка антисептиком, 4 ($n=21$ %) пациентам проведена хирургическая дислокация кабеля.

Заключение:

Обучение пациентов и членов его семьи в послеоперационном периоде правилам обработки рук, места выхода кабеля, контроля веса, фиксации кабеля снижают риск развития инфекционных осложнений.

11.38. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Мелконян А.А., Зелвеян П.А.

ЦЕНТР ПРЕВЕНТИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ,
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИМ. АКАД. С.Х. АВДАЛБЕКЯНА МЗ РА, г. ЕРЕВАН, АРМЕНИЯ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучение взаимосвязи депрессивных расстройств и показателей субклинического поражения почек у больных артериальной гипертензией (АГ) и депрессивным синдромом.

Материал и методы:

В исследование были включены 64 пациента (20 мужчины) с впервые выявленной и нелеченной АГ 1-й и 2-й степени по классификации ESH/ESC. Средний возраст составил $52,8 \pm 12,8$ лет (от 25-и до 77 лет), а индекс массы тела $-30,4 \pm 5,0$ кг/м². Наличие и выраженность депрессии у всех пациентов были оценены по опроснику Гамильтона. У всех исследуемых проводились оценка микроальбуминурии (МАУ) и определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Для сбора и анализа данных использовалась статистическая программа SPSS v17.0. При сравнении качественных показателей двух групп статистическая обработка была проведена с использованием критерия χ^2 . Достоверным считали $p < 0,05$.

Результаты:

Среднее систолическое и диастолическое артериальное давление для общей группы $155,6 \pm 21,2$ мм рт.ст. и $93,8 \pm 11,4$ мм рт.ст. соответственно. Средние показатели СКФ составили у мужчин и женщин $136,0 \pm 31,5$ мл/мин и $115,9 \pm 38,2$ мл/мин соответственно, а МАУ для общей группы – $8,2 \pm 18,0$ мг/л. При анализе данных депрессивных расстройств пациентов выявлено, что в группе больных, относящихся к третьему терцилю МАУ ($>5,7$ мг/л) и депрессивным расстройствам тяжелой степени (по шкале Гамильтона ≥ 23 баллов), существует до-

стоверная связь между показателями ($\chi^2=13,597$, $p=0,009$), независимо от степени выраженности АГ.

Заключение:

Выявлена достоверная взаимосвязь между выраженностью депрессии и субклиническим поражением почек у больных с АГ независимо от выраженности АГ.

11.39. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЛУВОКСАМИНА В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ходжакулиев Б.Г., Оразбердыев Я.Б., Аллабердыев А.А., Пенджиева Д.И.

ТУРКМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Доказано, что чем выше уровень тревожности тем более выражено его негативное влияние на течение основного заболевания. Очевидно, что лечение хронических тревожных состояний (ХТС) и улучшение психологического профиля больных может благоприятно влиять на терапию, течение и прогноз ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель; Явилось изучить терапевтические возможности флувоксамина (феварин) в терапии ХТС у больных ИБС.

Материал и методы:

Обследовано 60 больных мужчин ИБС (средний возраст 58,1±5,8 лет) с ХТС, причем у 7 из них имели панические атаки (приступы острой тревоги). Всем больным проводилась антиангинальная терапия согласно рекомендациям экспертов ВОЗ. Все больные были разделены на две группы: 1 группу составили 45 больных, которым к базисной терапии назначался флувоксамина 100 мг/сутки, 2 групп больных, получавшие базисную терапию. При поступлении и после 4-недельной терапии у всех больных проводились исследования психологического статуса (беседа-интервью, шкалы Спилбергера, Бека, тест СМОЛ).

Результаты:

Сравнительный анализ полученных результатов исследования показал, что в основной группе больных ИБС при лечении флувоксамином с первых дней лечения значительно уменьшилась тревожность, реже стали приступы панических атак, улучшился сон, а ко 2 неделе относительно стабилизировалось настроение и повысился общий жизненный тонус. Это сопровождалось уменьшением степени выраженности и частоты приступов стенокардии, чувства нехватки воздуха непосредственно связанных с усилением психологической напряженности и тревожности. После 4-х недельной терапии психологическое состояние основного числа больных ($n=35$) больных на фоне регресса оценивалось как адекватное. Однако в 7 случаях потребовалось дополнительное назначения дневного транквилизатора (в основном больные с паническими атаками), а в 3 случаях потребовалось увеличение дозы базисных препаратов. Очевидно, что у этих 3 больных органический компонент в реализации приступов стенокардии был выше, нежели психологический, что и подтвердили специальные клинко-биохимические исследования. В группе сравнения у 8 больных к концу первой недели уменьшилась степень выраженности тревоги и несколько улучшился сон у 6 уровень тревоги не изменился, а у 7 он постепенно нарастал в интенсивности, приводя к психологической дезадаптации у 11 больных 2 группы клиническое состояние потребовало повышение исходной дозы базисных препаратов.

Заключение:

Таким образом, у больных ИБС при коррекции ХТС флувоксамином выявлено улучшение психологического профиля личности без излишней заторможенности и миорелаксации, что сопровождалось достоверно более благоприятным прогнозом болезни за период наблюдения, чем при отсутствии психокоррекции. Флувоксамина усиливал эффект базисной антиангинальной терапии. У больных ИБС не получавшие флувоксамина ХТС не стабилизировало соматическое состояние и уменьшало эффективность базисной терапии.

12. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

12.1. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БАРАНОВИЧИ В 2010-2013 ГОДАХ

Мощенко Ю. П., Сапотницкий А. В.

УЗ «Барановичская детская городская больница»,
Барановичи, Белорусский государственный медицинский
университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Целью исследования стало изучение возрастной структуры врожденных пороков сердца (ВПС) у детей и подростков г. Барановичи в 2010-2013 годах.

Материал и методы:

Проведен анализ медицинской документации: годовых статистических отчетов и амбулаторных карт детей и подростков, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники №1 г. Барановичи за 2010-2013 годы.

Результаты:

Выявлено постоянное увеличение числа детей с ВПС: так в 2010 году на учете состояло 284 ребенка, в 2011 - 298, а в 2012 - 300 детей, в 2013 - 328. ВПС продолжают занимать ведущее место в нозологической структуре детей, состоящих на диспансерном учете кардиоревматологического кабинета. Число детей с ВПС составляло 76,1% от общего числа детей на диспансерном наблюдении в 2010 году, 75,6% - в 2011, 79,8% - в 2012 и 78,1% - в 2013 году. Около половины всех ВПС приходится на детей в возрасте от 0 до 4 лет. В 2010 году зарегистрировано 150 таких детей (52,8% от общего числа детей с ВПС), в 2011-152 (51%), в 2012 - 146 (48,7%), в 2013 - 163 (49,7%). При этом в 2012-2013 годах существенно увеличилось число детей с ВПС в возрасте до 1 года: если в 2010 и 2011 их было 20 (7% от общего числа детей с ВПС) и 18 (5,9%) соответственно, то в 2012 - 52 (17,3%) и в 2013 - 44 (13,4%). Процентное соотношение ВПС в других возрастных группах не претерпело больших изменений за 4 года. Среди детей в возрасте от 4 до 10 лет было зарегистрировано 83 ребенка с ВПС (29,2%), в 2011 - 104 (34,9%), в 2012 - 90 (30%), в 2013 - 104 (31,7%). Среди детей и подростков в возрасте от 10 до 18 лет в 2010 году был 51 случай ВПС (18%), 42 (14,1%) в 2011, 64 (21,3%) в 2012 и 61 (18,6%) в 2013.

Заключение:

В 2010-2013 годах ВПС занимают основное место в нозологической структуре кардиологических заболеваний у детей г. Барановичи. Около 50% случаев всех ВПС приходится на детей в возрасте до 4 лет, причем в 2012-2013 годах имеет место тенденция к увеличению случаев ВПС у детей до 1 года.

12.2. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ

Бердовская А. Н.

Гродненский государственный медунiversитет, г. Гродно,
Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Повреждающее действие патологического кровотока при отдельных типах ВПС может способствовать функциональному, а затем и морфологическому повреждению эндотелия. Сведений о состоянии эндотелий-зависимой дилатации сосудов у оперированных и неоперированных детей с ВПС нами не найдено. Цель. Выявить особенности эндотелий-зависимой вазодилатации при врожденных пороках сердца у детей.

Материал и методы:

Оценку эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) осуществляли по максимальному приросту пульсового кровотока (ДПКмакс) в предплечье в течение первых 1,5 минут постокклюзионного периода в фазу реактивной гиперемии после восстановления кровотока в плечевой артерии. Критерием ДЭ считали прирост ПК после окклюзионной пробы менее 10% от исходного.

Результаты:

В основной группе пациентов с ВПС (n=131) величина ДПКмакс. при реактивной гиперемии была ниже (8 (4-11)%), чем у детей (n=38) группы сравнения (18 (15-22)%, $p<0,001$). ДПКмакс. в предплечье оказалась выше у оперированных детей группы (9 (7-10)%) по сравнению с неоперированными детьми группы (6 (3-10)%, $p<0,001$). Пациенты с естественным течением ВПС с гипертонией малого круга кровообращения (n=45) имели более низкий ДПКмакс. (7 (4-10)%) по сравнению с детьми (n=43) после оперативной коррекции ВПС (10 (7-12)%, $p<0,05$). У пациентов с гиповолемией малого круга кровообращения при естественном течении ВПС (n=4) ДПКмакс. составил (6 (1-12)%), а после оперативной коррекции ВПС (n=4) также был патологически сниженным (8 (5-9)%) и оказался меньшим, чем у детей группы сравнения ($p<0,001$). Предполагается, что это связано с неполной коррекцией гемодинамических нарушений вследствие оперативного вмешательства. ДПКмакс. у пациентов с гиповолемией большого круга кровообращения при естественном течении порока (n=14) был ниже (4 (1-9)%), чем после оперативной коррекции (n=10) (10 (8-10)%, $p<0,05$). В обеих подгруппах прирост пульсового кровотока был ниже, чем у здоровых детей (18 (15-22)%).

Заключение:

Во всех подгруппах у детей по сравнению с контролем, обнаружено снижение ЭЗВД разной степени выраженности ($p<0,001$). У пациентов с гипертонией малого круга кровообращения и с гиповолемией

12.3. КАЛЬЦИЕВО-МАГНИЕВЫЙ ОБМЕН У СПОРТСМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Масленникова О. М., Резниченко Т. А., Мегерян С. Д.

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

Введение (цели/задачи):

Современный спорт характеризуется значительным увеличением объема тренировочных нагрузок и эмоционального

накала соревновательной борьбы, что предъявляет исключительно высокие требования к организму лиц, занимающихся спортом. Так как в процессе адаптации к физическим нагрузкам состояние сердечно-сосудистой системы чрезвычайно велико, особого внимания заслуживают изменения сердца, в частности, пролапс митрального клапана (ПМК) как проявление синдрома дисплазии соединительной ткани сердца. Среди многообразия метаболических функций кальция и магния в организме следует выделить их непосредственное участие в процессах коллагенообразования. Целью настоящего исследования стало выявление начальных признаков нарушений кальциево-магниевого обмена у спортсменов с ПМК.

Материал и методы:

Был обследован 541 человек (329 юношей и 212 девушек), средний возраст составил $22,4 \pm 1,2$ и $21,3 \pm 1,3$ лет соответственно. Всем обследованным проводилась эхокардиография с доплерографией. Диагноз ПМК устанавливали при наличии систолического провисания одной или обеих створок митрального клапана ниже уровня клапанного кольца на 3 мм и более в момент максимального пролабирования. Спортсмены с ПМК (132 человека, 74 юношей и 58 девушек) составили основную группу обследуемых, спортсмены без ПМК – контрольную группу (409 человек, 255 юношей и 154 девушки).

Результаты:

Было установлено, что в крови спортсменов (девушек и юношей) с ПМК в сравнении с контрольной группой в условиях интенсивных тренировок достоверно снижено количество магния, соответственно у девушек $0,95 \pm 0,01$ и $0,99 \pm 0,02$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$); у юношей $0,96 \pm 0,01$ и $0,99 \pm 0,01$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$). Что касается кальция, в ходе исследования были получены следующие результаты: достоверно было снижено количество кальция у девушек в основной группе в сравнении с контрольной – $2,35 \pm 0,02$ и $2,42 \pm 0,03$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$). У юношей достоверных отличий не наблюдалось (соответственно $2,4 \pm 0,01$ и $2,4 \pm 0,08$ ммоль/л).

Заключение:

Таким образом, у спортсменов с ПМК (особенно у девушек) в процессе адаптации к физическим нагрузкам чаще проявляются изменения минерального обмена. Это является аргументом для своевременной диагностики ПМК, и, возможно, диктует необходимость дополнительной дотации препаратов кальция в балансе с магнием. Восстановление нарушенного элементного гомеостаза достигается рациональным питанием, дозированной физической нагрузкой, улучшающей усвояемость макроэлементов, своевременными реабилитационными мероприятиями и отдыхом спортсмена.

12.4. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Балканай Г. Б., Семёнова Р.И., Елеусиз М.

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

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – выявить клинико-функциональные особенности пролапса митрального клапана у подростков.

Материал и методы:

Обследовано 150 подростков в возрасте 16-21 лет с ПМК, которые разделены на две возрастные группы: 16-19 лет – 92 больных, 20-21 – 58. Все наблюдаемые лица были информиро-

ваны о цели и сути исследования и подписали информированное письменное согласие.

Результаты:

Жалобы на боль в области сердца отмечались у 79,3% больных, головная боль – 69,8%. 64,7% больных ПМК предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, слабость. Некоторые пациенты отмечали повышенную раздражительность, плаксивость, неустойчивость настроения (у 45,7%). Реже у обследованных отмечались головокружения (в 31,1% случаев), обычно возникающие при резких изменениях положения тела, в душных помещениях. Субъективное ощущение сердцебиения, перебоев в области сердца возникало у 27,6% больных в ответ на физические и психоэмоциональные нагрузки. У обследованных также отмечались жалобы на плохую переносимость транспорта (18,9%), нарушение сна (11,2%), одышку (9,4%). У 19,8% больных наблюдались пароксизмальные состояния, которые проявлялись нетипичным приступом одышки, возникающим после физической нагрузки или психоэмоционального напряжения. По данным ЭКГ регистрировались следующие нарушения ритма сердца: синусовая тахикардия (62,1% случаев), синусовая аритмия (12,9%), суправентрикулярная экстрасистолия (3,4%), синусовая брадикардия (4,3%). Неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 31,03% больных, синдром укорочения интервала PQ – у 6,03%, неполная блокада левой ножки пучка Гиса – у 4,3%, синдром ранней реполяризации желудочков – у 3,4%, полная блокада правой и левой ножки пучка Гиса – у 0,8%. Согласно данным эхокардиографического исследования чаще встречался пролапс митрального клапана I степени – у 90,5%, реже выявлялся ПМК II степени – у 10 больных (8,6%), III степени – у 1 (0,8%). У 13,7% больных ПМК, наряду с ПМК, выявлены другие малые сердечные аномалии (дополнительная или аномально расположенная хорда в ЛЖ, субаортальная мембрана выходного отдела ЛЖ). Показатели насосной функции миокарда – ФВ ЛЖ при ПМК в группе 16-19 лет колебались в пределах от 51,3 до 75,9% и в среднем были достоверно ниже, чем в норме.

Заключение:

Таким образом, при пролапсе митрального клапана отмечаются признаки ремоделирования левого желудочка, сопровождающиеся снижением его систолической функции, более выраженным у больных в возрастной группе 20-21 лет. При ПМК в 84,9% случаев выявляются различные изменения биоэлектрической активности сердца.

12.5. МОДЕЛИРОВАНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Сагатов И. Е.

Алматинский институт усовершенствования врачей, г. Алматы, Казахстан

Введение (цели/задачи):

Применить шкалу Aristotle-score у пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС) и оценить полученные результаты.

Материал и методы:

Перед хирургической операцией были обследованы 88 пациентов с врожденными пороками сердца, находившихся на стационарном лечении в ННЦХ им. А.Н. Сызганова (клиническая база АГИУВ) в 2011-2013 годах. Средний возраст пациентов с ВПС на момент операции составил $15,7 \pm 13,1$ (0-54) лет.

Среди пациентов преобладали лица женского пола (54,5%). В основном это были пациенты с различными вариантами септальных дефектов, реже – с тетрадой Фалло, ЧАДЛВ, неполной и полной сбалансированной формами АВК, врожденной недостаточностью митрального клапана, обструктивными пороками на уровне клапанов и выходных отделов желудочков

Результаты:

Операционный риск по шкале Aristotle-Score у пациентов с ВПС в среднем составлял $6,1 \pm 2,8$ (Basic score), что соответствовало 2-му уровню сложности. При этом минимальное значение было 3,0, а максимальное – 16,0. Осложненный послеоперационный период отмечен у 15 (17%) пациентов: отек головного мозга у 2 пациентов, кровотечение в раннем послеоперационном периоде – у 4, полная поперечная блокада – у 3, дыхательная недостаточность – у 3 больных, острая сердечная недостаточность – у 3 пациентов. Операционный риск по шкале Aristotle-Score у пациентов с ВПС и осложненным послеоперационным течением составлял $7,9 \pm 4,2$ (3,0-16,0), а у пациентов с гладким течением послеоперационного периода – $5,7 \pm 2,2$ (3,0-13,1).

Заключение:

Шкала Aristotle-Score достаточно информативна в целях прогнозирования послеоперационных осложнений у больных с ВПС.

12.6. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА У СПОРТСМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Масленникова О. М., Резниченко Т. А.

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

Введение (цели/задачи):

Определить показатели функционального состояния организма у спортсменов с пролапсом митрального клапана.

Материал и методы:

Было обследовано 537 спортсменов (328 юношей и 209 девушек), средний возраст $22,4 \pm 1,2$ 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). С целью комплексной оценки состояния организма рассчитывался показатель функционального состояния (ПФС), представляющий собой сумму условных единиц по параметрам, характеризующим состояние гемодинамики, респираторной системы (индекс Тиффно), иммунореактивного статуса (уровень лейкоцитов, лимфоцитов, иммуноглобулинов А, М, G), минерального обмена (магний, кальций), гормонального баланса (кортизол). Состояние механизмов адаптации расценивалось как удовлетворительное, напряженное и неудовлетворительное.

Результаты:

Было установлено, что в крови девушек с ПМК в сравнении с контрольной группой в условиях интенсивных тренировок достоверно снижается среднее число лейкоцитов, соответственно $5,7 \pm 0,1 \times 10^9$ и $6,2 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$); у юношей достоверных отличий не наблюдалось. Обращала на себя внимание общая тенденция к снижению уровней иммуноглобулинов А, М в крови у всех спортсменов с ПМК. Так, в основной группе у девушек уровень Ig A составил $187,3 \pm 6,1$ Ед/мл, в контрольной – $207,8 \pm 6,4$ Ед/мл; у юношей соответственно $211,0 \pm 6,2$ и

$235,9 \pm 4,9$ Ед/мл ($p < 0,05$). Уровень Ig M у девушек в основной группе составил $159,1 \pm 7,0$ Ед/мл, в контрольной – $176,8 \pm 6,1$ Ед/мл; у юношей – $141,9 \pm 6,4$ и $156,4 \pm 4,0$ Ед/мл соответственно ($p < 0,05$). У спортсменов с ПМК в сравнении с контрольной группой было достоверно снижено количество магния, соответственно у девушек $0,95 \pm 0,01$ и $0,99 \pm 0,02$ ммоль/л; у юношей $0,96 \pm 0,01$ и $0,99 \pm 0,013$ ммоль/л ($p < 0,05$). Достоверно также было снижено количество кальция у девушек с ПМК (в основной и контрольной группах соответственно $2,35 \pm 0,016$ и $2,42 \pm 0,029$ ммоль/л, $p < 0,05$). По остальным анализируемым параметрам достоверных различий получено не было. В соответствии с оцененным ПФС состояние адаптации организма у половины спортсменов с ПМК (45%) было расценено как напряженное, а у 8% как неудовлетворительное. В контрольной группе у большинства спортсменов определялся удовлетворительный тип адаптации (58%). У юношей с ПМК чаще выявлялось напряженное состояние адаптации, чем у девушек (соответственно у 52% и 35%), удовлетворительная адаптация определялась лишь у 39% юношей, у девушек – у 58%.

Заключение:

Применение показателя функционального состояния позволяет объективно оценить состояние адаптации у спортсменов в процессе тренировочного и соревновательного процесса. У спортсменов с ПМК адаптационные возможности организма снижены, что требует дифференцированного подбора тренировочных нагрузок, а также активного применения профилактических программ, направленных на предотвращение возможности возникновения острых и обострения хронических заболеваний.

12.7. СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА

Гурина Л. Н., Ерохина И. А.

УО "Гродненский государственный медицинский университет", УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение (цели/задачи):

Синдром Дауна (СД) – хромосомная болезнь, обусловленная трисомией 21 пары хромосом. СД является наиболее частой хромосомной патологией и составляет среди новорожденных 1:780–1:800. Целью исследования явилось изучение структуры врожденных пороков сердца у детей с синдромом Дауна.

Материал и методы:

Проанализированы 43 истории болезни новорожденных с СД, находившихся на лечении во 2-м отделении Гродненской областной детской клинической больницы за период с 1999 по 2012 год.

Результаты:

По результатам исследования установлено, что число женщин, рожавших в возрасте 20–25 лет, составило 46% – 20 пациенток, 25–35 лет – 30% (13 человек), старше 35 лет – 14% и до 20 лет – 10%, соответственно 6 и 4 женщины. Пренатальная диагностика (измерение толщины воротникового пространства) проводилась у всех обследуемых в 11–12 недель. Угроза прерывания беременности в разные сроки наблюдалась у 13 пациенток, что составило 30%. Гестоз во время беременности выявлен у 5 женщин (12%). Фетоплацентарная недостаточность диагностирована в 21% случаев (9 беременных). Из 43 обследованных детей родилось 20 девочек

и 23 мальчика. Состояние всех новорожденных расценено, как средней степени тяжести. Дети родились доношенными. Средняя масса тела при рождении составила 2825 ± 290 г. У каждого второго ребенка (44%) выявлены врожденные пороки сердечно-сосудистой системы. Структура врожденных пороков сердца представлена следующим образом. Врожденные пороки развития сердечной перегородки составили 48%, врожденные пороки митрального клапана выявлены у 23% обследуемых, врожденные пороки развития крупных артерий у 19% детей, закрывающийся артериальный проток отмечался в 10% случаев. Комбинированные врожденные пороки сердца диагностированы у 30 новорожденных (70%).

Заключение:

Анализ полученных данных показал, что у детей с синдромом Дауна наиболее часто, в 70% случаев встречаются комбинированные врожденные пороки сердца и крупных сосудов.

12.8. ЧАСТОТА ОРГАНИЧЕСКИХ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ТАОВА М. Х., ТАОВА Е. Х.

КАБАРДИНО-БАЛКАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ,
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР,
г.Нальчик, Россия

Введение (цели/задачи):

Большинство ревматических заболеваний протекает с явлениями системного воспаления. В ряде случаев в воспалительный процесс вовлекаются структуры, клапаны сердца. Тяжелый вальвулит приводит к склерозированию створок и развитию пороков сердца, значительно усугубляющих течение основного заболевания. Литературные данные о частоте развития клапанных пороков сердца у ревматологических больных неоднозначны. Современные стратегии противовоспалительной терапии способны изменить прежние статистические данные о частоте формирования пороков сердца при ревматических заболеваниях. Настоящая работа имела целью

оценить частоту поражения клапанов сердца у больных с ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, системной склеродермией и анкилозирующим спондилоартритом.

Материал и методы:

Материалом для исследования послужили 300 больных с ревматоидным артритом, 36 больных с системной красной волчанкой, 32 пациента с системной склеродермией и 78 больных с анкилозирующим спондилоартритом, находившихся на лечении в ревматологическом отделении республиканской клинической больницы (г.Нальчик) с 2009 по 2011 г. Средняя продолжительность заболевания составила 7,6 лет, средний возраст 41,4 лет. Оценка структурного состояния клапанов сердца проводилась методом трансторакальной эхокардиографии.

Результаты:

Выявлено, что в группе больных с ревматоидным артритом частота развития пороков сердца составила 0,33%. Среди пациентов с анкилозирующим спондилоартритом пороки сердца встречались в 1,28% случаев. Самая высокая частота органических поражений клапанов сердца была отмечена в группе пациентов с системной склеродермией, составив 3,13%. При этом тяжесть клапанных поражений коррелировала с выраженностью склероза внутренних органов, в частности, с легочным фиброзом. У обследованных больных с системной красной волчанкой наблюдались только функциональные нарушения без признаков склерозирования клапанов сердца.

Заключение:

Полученные результаты позволяют предположить, что не только тяжесть вальвулита определяет развитие склероза створок, но и активность самого процесса гиперпродукции коллагена, что имеет место в случае системной склеродермии. Отсутствие пороков сердца у больных с системной красной волчанкой объясняется, по-видимому, тем, что системная красная волчанка лечится большими дозами кортикостероидов и цитостатиков, способными полностью подавить активность вальвулита. Следует полагать, что более агрессивное применение противовоспалительных препаратов в лечении ревматических заболеваний снизило частоту формирования пороков сердца.

13. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

13.1. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ТРАНЗИТОРНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

ТУМАЕВА Т. С., ПИКСАЙКИНА О. А., БАЛЫКОВА Л. А.

ГБУЗ РМ "Мордовский республиканский клинический перинатальный центр",
ФГБОУ ВПО «МГУ им.Н.П.Огарева», г. САРАНСК, РОССИЯ

Введение (цели/задачи):

изучение гемодинамических особенностей малого круга кровообращения у доношенных новорожденных из группы повышенного риска при различных способах родоразрешения по данным ЭХО КГ в раннем неонатальном периоде

Материал и методы:

исследованы 182 доношенных новорожденных, перенесших церебральную ишемию (ЦИ). Основная группа-117 детей после кесарева сечения (КС), выделены подгруппы: 1-я-58 детей после планового КС, 2-я-59 детей после экстренного КС. Группа сравнения-65 детей от естественных родов. Критерии исключения-органическое поражение сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, врожденные аномалии развития внутренних органов, тяжелая соматическая патология. Контрольная группа-50 здоровых детей от физиологичных родов. ЭХО-КГ проведено на УЗ-сканере TOSHIBA APLIO мультисекторным датчиком 3,5-9 МГц с применением спектральной доплерографии и цветового картирования.

Результаты:

дети с ЦИ имели отягощенный анамнез на фоне акушерско-гинекологического, соматического неблагополучия матерей. По данным ЭХО КГ у детей с ЦИ повышение давления в легочной артерии (ЛА) регистрировалось чаще, чем у здоровых (у 63% и 51% против 26%, $p \leq 0,05$). Расчетные показатели среднего давления в ЛА (СрДЛА) значительно различались ($26,9 \pm 1,38$ и $23,7 \pm 1,33$ мм рт.ст. против $17,4 \pm 0,83$, $p \leq 0,05$). Наиболее высокое СрДЛА зарегистрировано при экстренном КС $29,6 \pm 1,98$ мм рт.ст. Выявлена положительная корреляция между тяжестью ЦИ и формированием выраженной легочной гипертензии: при ЦИ1ст СрДЛА(max) в группах не превышало $38-41$ мм рт.ст.; при ЦИ2 и 3ст СрДЛА(max) было выше после экстренного КС ($53,6 \pm 3,03$ и $57,3 \pm 8,51$ мм рт.ст. против планового КС $46,3 \pm 2,44$ и $47,1 \pm 0,92$ и группы сравнения $42,7 \pm 0,01$ и $43,4 \pm 3,31$ мм рт.ст., $p \leq 0,05$). У здоровых детей выраженная легочная гипертензия не выявлена (СрДЛА (max) - 34 мм рт.ст.)

Заключение:

у новорожденных, перенесших ЦИ, особенно после КС, постнатальный процесс перестройки гемодинамики протекает с большим напряжением, что является фактором повышенного риска для развития заболеваний сердечно-сосудистой системы

13.2. О СВЯЗИ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ С ПОЛИМОРФИЗМОМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

САРЫБАЕВ А.Ш., АКУНОВ АЛМАЗ, МАРИПОВ А.М.,
КАРАГУЛОВА Г.О., МАМАЖАКЫПОВ А., ШЕРМАТОВ У.О.,
ЧОЛЖИЕВ А.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ,
г. БИШКЕК, КИРГИЗИЯ

Введение (цели/задачи):

изучить возможную связь повышения легочного артериального давления (ЛАД) на высокогорье с уровнем физической работоспособности (ФР) и полиморфизмом некоторых генов-кандидатов легочной гипертонии (ЛГ) у здоровых жителей низкогорья при кратковременной высокогорной адаптации.

Материал и методы:

Были обследованы 42 здоровых добровольца, все мужчины в возрасте от 20 до 35 лет ($26,2 \pm 0,8$ лет). Исходно, на низкогорье (760 м над уровнем моря) измерялись показатели легочной гемодинамики (доплерэхокардиография), проводился сердечно-легочный нагрузочный тест (СЛНТ) и производился забор крови на полиморфизм некоторых генов, предположительно связанных с изменениями легочной гемодинамики на высокогорье: AGT (T704C и C521T), NOS3 (T-786C, G894T); ADD1 (G1378T). На 2-й день после подъема на высокогорье (3200 м нум) все исследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от прироста ЛАД на высокогорье в сравнении с исходными данными: 1-я группа – “нормореакторы” ($n=42$), где прирост ЛАД был < 10 мм рт.ст.; 2-я группа – “гиперреакторы” ($n=4$), прирост ЛАД > 10 мм рт.ст. или более. Далее, на 7-й день на высокогорье проводился нагрузочный тест (СЛНТ).

Результаты:

По данным СЛНТ, между обеими группами отсутствовали какие-либо различия в максимальном потреблении кислорода ($34,0 \pm 0,9$ и $33,8 \pm 2,1$ мл/мин/кг, НД) и уровню анаэробного порога (1278 ± 48 и 1283 ± 19 мл/мин), однако выявлено достоверное различие в минутной вентиляции при нагрузке ($123,1 \pm 4,3$ и $106,5 \pm 6,6$ л/мин у нормореакторов и гиперреакторов, соответственно, $p < 0,05$). Достоверных различий насыщения крови кислородом между группами не было выявлено, однако у нормореакторов наблюдалась тенденция к более выраженной десатурации крови при физической нагрузке, хотя различия не достигли статистической значимости ($\Delta SpO_2 = 5,80 \pm 0,60\%$ и $4,25 \pm 2,1\%$, НД). При анализе полиморфизма генов, достоверные различия ($p < 0,05$) между группами были выявлены лишь у генетического маркера ангиотензиногена T704C (AGT: T704C), где у гиперреакторов чаще встречалась аллель Т ($p = 0,042$). У остальных генетических маркеров различия между группами были недостоверными.

Заключение:

Сравнительный анализ показателей СЛНТ не выявил значимых различий между нормореакторами и гиперреакторами, за исключением минутной вентиляции, что можно объяснить поздним проведением нагрузочного теста (после достижения акклиматизации). Однако анализ полиморфизма T704C гена ангиотензиногена показал, что Т аллель встречалась достоверно чаще у гиперреакторов.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		АЩЕУЛОВА Т. В.		44, 100	БУКАТОВА М. Т.	3
АБДЕЛЬ НУР АБДЕЛЬ НУР	100	Б			БУКО И. В.	73
АБДИРОВА Т.М.	15, 20	БАБОЧКИНА А. Р.	17		БУЛАЕВА Ю. В.	88
АБДУЛЛАЕВА Г. Ж.	1, 3, 12, 14	БАЗАРОВА А. С.	17, 34		БУЛГАК А. Г.	59, 62
АБДУЛЛАЕВА С. Я.	53	БАЗИЛЕВИЧ И. А.	86		БУРЛАКА А. П.	110
АБДУЛЛАЕВА Ч. А.	19	БАЙБАРИНА Е. Н.	53		БУРМИСТРОВА В. Г.	104
АБДУЛЛАЕВ Т. А.	70, 113	БАЙБУСИНОВА Ж. Т.	107		БУТОРОВ С. И.	103
АБЫКЕШОВА А. К.	64	БАЙТУБАЕВА М. Д.	83		БЫКОВА О. Н.	34, 73
АВЕЗОВ Д. К.	64	БАКИРОВА А.	104	В		
АГАФОНОВ М. В.	42, 45	БАКУЛИНА А. В.	83	ВАСИЛЕВСКИЙ В. П.	28	
АДАРИЧЕВ В. В.	61	БАКУМОВ П. А.	106	ВАСИЛИНЧУК Н. Н.	2	
АДЖИЕВА Н. М.	64	БАЛКАНАЙ Г. Б.	87, 117	ВАСИЛЬЕВА И. Н.	95	
АЗИЗОВ В. А.	4, 65, 78, 101	БАЛЫКОВА Л. А.	120	ВАТУТИН Н. Т.	61	
АЙДАРОВА Р. А.	56	БАРАБАНОВА Н. А.	98	ВЕБЕР В. Р.	91	
АКАБАЕВА В. К.	21	БАРАБАШ Л. В.	7	ВЕНЕВЦЕВА Ю. Л.	49, 70	
АККИЕВ Б. Т.	60	БАРБУК О. А.	60, 66, 90	ВЕРБИЦКАЯ Е. Ю.	46	
АКОПЯН З.Н.	92	БАРБУХАТТИ К. О.	24	ВЕРБОВОЙ А. Ф.	98	
АКСЕНТЬЕВ С.Б.	47	БАРСУКЕВИЧ В. Ч.	10, 26, 30, 40	ВИЗИР М. А.	5	
АКУЛОВА О. А.	85	БАСАЛАЙ М.В.	30	ВИННИЧЕНКО Л. Б.	111	
АКУНОВ АЛМАЗ	120	БАТЕНОВА Г. Б.	88, 93	ВИСМОНТ Ф. И.	34, 73	
АЛЕХИНА Л. А.	91	БАХРОМИ М. Т.	112	ВЛАСОВА К. В.	91	
АЛИДЖАНОВА Х. Г.	22	БЕДЕЛЬБАЕВА Г. Г.	37, 74	ВОЕВОДА М. И.	19	
АЛИЕВА Т. А.	17	БЕЗУГЛАЯ Е. В.	5	ВОЕВОДИНА Н. Ю.	65	
АЛЛАБЕРДЫЕВ А.А.	115	БЕЗУГЛОВА Е. И.	98	Г		
АЛТУНИНА Н. В.	69	БЕЙСЕБАЕВА А. К.	64	ГАВРИЛОВА Н. В.	28	
АЛТЫНБЕКОВА А.	7	БЕКБОСЫНОВА М. С.	114	ГАГУЛИН И. В.	84, 94	
Аль Гальбан НАХЕД	9	БЕКБОСЫНОВ С. Т.	23	ГАЗАРЯН Г. А.	22	
АЛЬЖАНОВА И.	7	БЕКМЕТОВА Ф. М.	94	ГАЗАРЯН Г. Г.	22	
АЛЬМУХАМБЕТОВА Р. К.	7, 14, 19	БЕЛИХИНА Т. И.	88, 89, 93, 107	ГАЙНЦЕВ Е. А.	61	
АМБРОСОВА Т. Н.	44, 100	БЕЛОУС Т. М.	109	ГАЛЬЦОВА О. А.	86	
АНАЯТОВА З. К.	6, 27	БЕЛЬСКАЯ М. И.	60, 66	ГАЛЯВИЧ А. С.	104, 111	
АНГЕЛОВА Л. А.	33	БЕЛЯЕВА Л. М.	11, 46, 58	ГАНУСЕВИЧ И. И.	110	
АНДОСОВА С. А.	114	БЕРДОВСКАЯ А. Н.	116	ГАРГАНЕЕВА А. А.	28, 62, 86	
АНДРЕАСЯН Д.М.	92	БЕРКИНБАЕВ С. Ф.	6, 27	ГАФАРОВА А. В.	84, 94	
АНДРЕИЧЕВА Е. Н.	13	БЕСЛАНЕЕВ И. А.	35	ГАФАРОВ В. В.	84, 94	
АНДРЕИЧЕВ Н. А.	50, 51	БЛОК В. Ю.	98	ГЕЛЬФАНД Е. М.	104	
АНТОНЕНКО С. В.	49	БОБРОННИКОВА Л. Р.	2	ГЕРАСИМЧУК Н. Н.	42	
АПСАЛИКОВ К. Н.	88, 89, 93, 107	БОГАТЫРЕВ С. Н.	46	ГИМАЕВ Р. Х.	37, 48, 104, 111	
АРЗУМАНЯН Г. И.	81, 82	БОГМАТ Л. Ф.	13	ГНАТЮК М. Г.	109	
АРТЫКБАЕВ Ж. Т.	6, 27	БОКЕРИЯ Е. Л.	53	ГОЛЕНИЩА В. Ф.	10, 26, 27, 36, 40	
АСКАРОВ А. Р.	24	БОЛДЫРЕВ С. Ю.	24	ГОЛИКОВ А. П.	22	
АСТРАКОВА К. С.	19	БОЛЕУХАНОВА Р. Т.	107	ГОМОВА Т. А.	49, 70	
АТАРБАЕВА В.Ш.	15, 20	БОЛОГОВ С. Г.	45	ГОНЧАРИК Д. Б.	10, 26, 27, 36, 40	
АТРОЩЕНКО Е. С.	33	БОНДАРЬ В. Ю.	106	ГОНЧАРОВА А. В.	25, 53	
АТЮНИНА И.В.	8	БОНЦЕВИЧ Р. А.	91	ГОРБАТЕНКО В. С.	47	
АФАНАСЬЕВ С. А.	18	БОРЕЛЬ К. Н.	62, 86	ГОРДИЕНКО А. В.	108	
АФОНИН В. Ю.	20	БРЕДИХИНА Е. Ю.	7			
АХМЕДОВА Д.М.	75	БРЕЖНЕВА Е. Б.	71			
АХМЕДОВА Ш. С.	74, 79, 82					

ГОРИЕВА Ш. Б.	8	ЕСПЕНБЕТОВА М. Ж.	83, 113	КАМИЛОВА У. К.	17, 19
ГОРОВЕНКО Н. Г.	17			КАН Л. Э.	82, 94
ГОРФЕЕВА В. П.	111	Ж		КАРАГУЛОВА Г. О.	104, 120
ГРАКОВИЧ А. А.	105			КАРАМЫШЕВ Д. В.	84
ГРЕЧКИНА Е. Р.	106	ЖАНГЕЛОВА М. Б.	19	КАРИМОВ О. О.	80
ГРОМОВА Е. А.	84, 94	ЖАНГЕЛОВА Ш. Б.	7, 14, 19	КАРПОВА И. С.	35, 66, 77, 80, 90
ГРОШЕ Б.	89	ЖЕЛЕВ В. К.	103	КАРТАМЫШЕВА Е. В.	61
ГРУНЧЕНКО М. Н.	5	ЖУК А. В.	28	КАСИМОВА М. С.	79
ГУБИЧ Т. С.	61, 72	ЖУМАНБАЕВА Ж. М.	83, 113	КАШТАНОВА Е. В.	19, 78, 79
ГУЛЯЕВ П. В.	90	ЖУРАВЛЕВА Л. В.	99	КАЮМОВА Г. Х.	37
ГУРИНА Л. Н.	118			КЕНБАЕВА Ж. К.	87
ГУРФИНКЕЛЬ Ю. И.	6, 107	З		КЕРИМКУЛОВА А. С.	3, 83, 88, 89, 91, 93, 95, 107
Д		ЗАЙЦЕВ Г. К.	108	КЕРИМКУЛОВА А. С.	88, 89
ДАВИРОВА Ш. Ш.	113	ЗАЙЦЕВ Н. В.	17, 34	КЕРИМОВА Э.	78
ДАВЫДОВА Е. В.	63	ЗАКИРОВ Н. У.	60	КЕТИНГ Е. В.	61
ДГЕРЯН Л. Г.	2, 99	ЗАМАНБЕКОВА Ж. К.	83	КИЛАДЗЕ И. З.	25
ДЕМИДЕНКО А. В.	102	ЗАПОЛЬСКИХ Л. Г.	61, 63	КИЛИЧЕВ А. А.	36, 59
ДЕМИХОВА Н. В.	111	ЗАТОЛОКА Н. В.	59, 62	КИМ Г. И.	24
ДЕМОЧКО Е. А.	103	ЗАХАРОВА А. И.	61	КЛИМКИН П. Ф.	57
ДЕНИСЕВИЧ Т. Л.	22, 26, 41, 67, 77, 97	ЗАХАРОВА Е. Г.	3	КОБЕЦ В.	29
ДЕНИСКИНА Л. В.	47	ЗАХАРОВА Н. О.	108	КОВАЛЕВА О. Н.	5, 42, 44, 100, 102
ДЖЕТЫБАЕВА С. К.	114	ЗВЕНЦОВА В. К.	29, 110	КОВАЛЕВ Ю. Р.	55, 78
ДЖОШИБАЕВ С. Д.	56	ЗВЕРЕВА В. В.	55, 78	КОВАЛЕНКО О. В.	33
ДЖУМАГУЛОВА А. С.	77	ЗЕЛВЕЯН П. А.	2, 15, 31, 92, 99, 114	КОВАЛЕНКО О. Н.	27, 36, 40
ДЖУНУСБЕКОВА Г. А.	6	ЗЕЛЬТЕР П. М.	104	КОВАЛЬ С. Н.	81
ДЖУРАЕВ Ш. М.	80	ЗЕРНЮКОВА Е. А.	106	КОВШ Е. В.	59, 73
ДЖУСИПОВ А. К.	15, 20	ЗУЙКОВА А. А.	100	КОЖАНОВА А.	14
ДИДУХ Г. В.	109			КОЗЛОВ И. Д.	105
ДОМИНАС В. М.	111	И		КОЛЕСНИКОВ А. Е.	6, 27
ДОРУТОВА А. А.	96	ИБРАГИМОВА И. Н.	6	КОМИССАРОВА С. М.	102
ДОСБАЕВА А. М.	83	ИБРАГИМОВА Ф. С.	27	КОНЮХ Е. А.	110
ДРАПКИНА О. М.	55	ИБРАГИМОВА Ш.	101	КОПЫЛОВА Ю. М.	47
ДРОБОТЬКО Т. Ф.	2	ИВАНЕНКО В. В.	44	КОРЕНЕВ Н. М.	13
ДЮСУПОВ А. А.	113	ИДРИСОВ У. А.	15	КОРНЕЕВА С. И.	98
ДЮСУПОВА А. А.	113	ИЛЬЧЕНКО И. А.	2	КОРНИЛОВ А. А.	95, 96
ДЮСУПОВА Б. Б.	113	ИМАНТАЕВА Г. М.	15, 20	КОРОЛЕВА Е. В.	43
ДЮСУПОВ А. З.	113	ИСАЕВА А. М.	53	КОРОСТЕЛЕВА Е. В.	57
Е		ИСАХАНОВА Б. А.	3	КОСТИН С.	29
ЕВСЕЕНКО А. С.	105	ИШАНКУЛОВ Ш.	91	КОЧУБЕЙ О. А.	5
ЕВСТРАТОВА И. Н.	2			КОШЕЛЕВА Н. А.	68
ЕВСТРАТОВА С. Г.	22	К		КОШЛАТАЯ О. В.	33, 72, 80
ЕЛЕУСИЗ М.	87, 117	КАБДУЛКАЕВА А. И.	6	КОШПЕСОВА Г. К.	88
ЕРКАСИМОВА А. Б.	87	КАБУРОВА А. Н.	55	КРАСНЕНКОВА Т. П.	105
ЕРМАКОВА Т. И.	68	КАЗАЕВА Н. А.	61, 72	КРАСНОВА Л. А.	53
ЕРОВ Д.	91	КАКОРИН С. В.	65, 83, 84, 87, 97	КРАТНОВ А. Е.	43, 93
ЕРОХИНА И. А.	118	КАЛАНЧА В. А.	103	КРИВОРОТ И. И.	35
ЕСАЯН А.	14	КАЛИНКИНА А. А.	87, 97	КРИКУНОВ А. А.	17
ЕСИНА Е. Ю.	100	КАМЕНСКАЯ О. В.	78, 79	КРУТИКОВ Е. С.	4
				КРЫЛОВА А. В.	12
				КРЮКОВА В. С.	95
				КРЮКОВ Н. Н.	33

Кувшинова Н. А.	105	Маслаков А. С.	47	Наумова Е. А.	88
Кужелева Е. А.	62	Масленникова О. М.	116, 118	Неклюдова Ю. Н.	29, 110
Куликова Л. А.	61	Маукаева С. Б.	93	Нелаев В. С.	24
Куликов А. Н.	51, 52, 57	Махкамова Н. У.	1, 8	Несен А. А.	5, 13
Куница В. Н.	4	Мацкевич С. А.	60, 66, 90	Нестерук О. Н.	11, 46
Курбанов Н. А.	70, 113	Мегерян С. Д.	116	Нетбай Р. В.	106
Курбанов Р. Д.	36, 59, 60	Медресо́ва А. Т.	23	Нижникова О. Г.	97
Кургузов А. В.	78, 79	Мелконян А. А.	114	Низамова Л. Т.	37, 48
Курданова М. Х.	35	Мельникова Л. В.	12	Никитюк Т. Г.	53
Курданов Х. А.	35	Мельникова О. П.	102	Никишин А. Г.	53
Курлянская Е. К.	22, 33, 41, 97	Мельников А. Х.	70	Никонова В. В.	13
Курманбекова Г. Ж.	15, 20	Мендеш М. А.	19	Никулина С. Ю.	17, 34
Курман П. В.	105	Мережко А. С.	38	Ниязова С. С.	102
Курумбаев Р. Р.	88, 93, 107	Микульчик Н. В.	58	Носова Е. М.	13
Кухта О. Я.	109	Минушкина Л. О.	103	Носович Д. В.	68
Кучменко Е. Б.	110	Мирзазаде В.	78	Нурмаханова Ж. М.	37, 74
Л		Мирзалиева Н. Б.	36, 39	О	
Лазарева Н. В.	8	Мирзарахимова С. Т.	70	Огурцова С. Э.	20
Лазу М.	29	Мирзибалаевна Ф. Г.	81, 82	Округин С. А.	62, 86
Лещинская-Попова И. Е.	15	Миронова Т. Ф.	61, 63	Окунова А. А.	29, 110
Ливенцева М. М.	11	Миронов В. А.	61, 63	Омарбекова Д. К.	87
Ли Д. Ю.	64	Михайлова З. Д.	57	Омаров А. А.	6, 27
Литвиненко Р. И.	51, 52, 57	Мкртчян В. Г.	15	Оненко Н. В.	106
Лозовая Л. П.	63	Мойсеёнок А. Г.	73	Оразаева А. Д.	114
Ломтева Ю. В.	77	Молдагалиева Ж. Т.	91	Оразбердыев Я. Б.	115
Луговский А. А.	105	Молчанов И. В.	66	Оразлыева Б.	75
Луговский А. П.	105	Молянова О. А.	104	Осадчук М. А.	95
Лунева Ю. В.	95, 96, 98	Морозов Ю. А.	25, 52, 53	Осипова Е. В.	12
Люберцева Е. И.	7	Москалец О. В.	101, 112	Оспанова Ш. Ш.	87
Любовая А. В.	71	Мощенко Ю. П.	116	Островский Ю. П.	22, 33, 41
М		Мрочек А. Г.	10, 20, 25, 26, 27, 30, 40, 73	Ощепкова Е. В.	8
Магамет В. П.	24	Музафарова А. Л.	80	П	
Маденов Н. Н.	87	Муллабаева Г. У.	36, 59	Павлова Н. Г.	6, 27
Мадмусаева А. Р.	74	Мурадова С.	101	Павлова О. С.	20
Мазурова О. В.	104, 111	Мураталиев Т. М.	29, 110	Панов Д. О.	84, 94
Макарков А. И.	101, 112	Мурзагалиев М. У.	23	Пастухова Л. Г.	20
Максимкин Д. А.	21, 71	Муслимова Э. Ф.	18	Пашкевич С. Ф.	59
Малютина С. К.	46	Мустафина С. В.	46	Пенджиева Д. И.	115
Малюткина И. И.	17, 34	Мухамбетярова С. А.	37, 74	Персидских Ю. А.	36
Малярчук И. В.	17	Мухидинов Х. Х.	91	Петрова А. Б.	67
Мамажакыпов А.	120	Мухтаренко С. Ю.	29, 110	Петрова В. Б.	67
Манак Н. А.	35, 77, 80, 90	Мхитарян Л. С.	2	Петров А. С.	71
Манойленко Г. И.	109	Мырзагулова А. О.	15, 20	Петров Ю. П.	25
Маргарян К. Р.	31	Н		Пивина Л. М.	83, 88, 89, 91, 93, 95, 107
Марипов А. М.	104, 120	Нагаева Г. А.	36, 39	Пиксайкина О. А.	120
Маркабаева А. М.	3, 88, 91, 93, 95, 107	Нажалкина Н. М.	38, 39	Пионова Е. Н.	89
Масакабаева А. К.	64	Назарова Е. А.	43	Пирназаров М. М.	53
		Нарбаев Д. А.	56		
		Нарзуллаева А. Р.	11		

ПЛАЩИНСКАЯ Л. И.	10, 26, 27, 36, 40	САДОВСКИЙ Е. В.	79	СУДЖАЕВА О. А.	23, 42, 61, 72
ПОВЕТКИН С. В.	95, 98	САДЫГОВА Т. А.	4	СУДЖАЕВА С. Г.	61, 72
ПОДЛИАНОВА Е. И.	38	САДЫКОВ А.	91		
ПОДОСЯН Г. А.	15	САЕД МУДЖАХИД АББАС	100		
ПОКРОВСКАЯ Т. Г.	91	САЙФИТДИНОВА Н. Б.	36, 59		
ПОЛНЕЦКИЙ Л. З.	26	САЛИМОВА Н. Р.	8, 85	ТАВГЕНЬ О. И.	97
ПОЛОНЕЦКИЙ Л. З.	67	САМАДОВ Ш. Х.	80	ТАНАШЕВА Г.Ш.	15
ПОЛОНЕЦКИЙ О. Л.	25, 67	САНИНА Н. П.	101, 112	ТАОВА Е. Х.	119
ПОЛОНСКАЯ Я. В.	19, 78, 79	САПАРБАЙ Е. Б.	23	ТАОВА М. Х.	119
ПОЛУПАНОВ А. Г.	77	САПОЖНИКОВ А. Н.	48, 104, 111	ТАРАСИК Е. С.	59, 62
ПОПОВИЧ И.	29	САПОТНИЦКИЙ А. В.	116	ТАРАСОВ А. А.	55, 56, 81, 82
ПОПОВИЧ М.	29	САРИМОВ Р. М.	6	ТЕПЛОУХОВА Ю. С.	20
ПОРТНОВА Е. В.	33	САРМАНОВ Ф. А.	8, 85	ТЕРЕГУЛОВА Е. Т.	6
ПОСЕЛЮГИНА Е. Б.	9	САРЫБАЕВ А. Ш.	104, 120	ТЕРЕГУЛОВ Ю. Э.	6
ПОСЕЛЮГИНА О. Б.	9, 109	САСОНКО М. Л.	6, 107	ТЕРЕНТЬЕВ В. П.	95
ПОТЕХИН Н. П.	3	САФАРГАЛИНА-КОРНИЛОВА Н. А.	42	ТИМГАНОВА Е. В.	43
ПОТИЕВСКАЯ В. И.	66	САФРОНОВА Э. А.	61, 63	ТКАЧЕНКО В.Б.	20
ПЫШНОГРАЙ Г. В.	104	САХИН В. Т.	108	ТОФИМОВА Т. А.	22
ПЯТЧЕНКОВ М. О.	42, 45	СЕБЕЛЕВА Е. А.	78	ТРЕГУБОВ В. Г.	38, 39, 49
ПЯ Ю. В	23	СЕМЕНОВА Н. В.	22, 41, 60	ТРЕНЕВА Е. В.	108
		СЕМЕНОВА О. Н.	88	ТРЕТЬЯКОВА А. Н.	43
		СЕМЁНОВА Р. И.	64	ТРЕТЬЯКОВА С. С.	17, 34
		СЕМЁНОВА Р.И	117	ТРИГУЛОВА Р. Х.	74, 79
		СЕРГИЕНКО Т.Н.	18	ТРОЯНОВА Т. А.	41
		СЕРДЮЦКАЯ О. А.	106	ТРУТНЕВА Е. И.	1
		СЕРЧЕНЯ Т. С.	66	ТУМАЕВА Т. С.	120
		СЕЧКО Е. В.	10	ТУРСУНОВА Н. Б.	44
		СИЗОВ А. В.	55, 78	ТЫРЕНКО В. В.	42
		СИЛКИНА Е. Е.	43, 93		
		СИМАК И. З.	109		
		СИМОНОВА Г. И.	46		
		СКУРАТОВ А. Г.	58	УМЕТОВ М. А.	35
		СКУРАТОВА Н. А.	58	УРУДЖЕВА Л. У.	81, 82
		СЛЯМХАНОВА Н. С.	95	УРЮЖНИКОВ В. В.	25
		СМИРНОВА В. И.	44, 100	УСТИНОВ М. С.	104
		СМИРНОВА И. Н.	7		
		СМОЛЕНСКИЙ А. З.	23		
		СОКОЛОВ А. А.	54		
		СОКОЛЬНИКОВА Н. В.	99		
		СОЛДАТЕНКО М. В.	54	ФАДЕЕВ Н. П.	55
		СОЛОВЕЙ С. П.	35, 66, 77, 80, 90	ФАДЕЕНКО Г. Д.	13
		СОЛТАНОВА М.	65	ФАТЫХОВА С.А.	105
		СОТНИКОВ А. В.	68, 108	ФЕДОРОВА О. А.	63
		СРОЖИДИНОВА Н. З.	12, 14, 44	ФЕДОТОВА Е. Е.	70
		СТАРОДУБЦЕВА И. А.	99	ФЕЙСХАНОВА Л. И.	24
		СТАРОСТИНА Ю. М.	49	ФОКИНА О.В.	47
		СТАРЧЕНКО Т. Г.	81	ФУРСОВ А. Н.	3
		СТАХНЁВА Е. М.	79		
		СТЕЛЬМАШОК В. И.	22, 25, 67		
		СТОГОВ А. В.	65		
		СТРОГИЙ В. В.	10	ХАЙДАРОВ К. Х.	112
		СТРОЕВА В. С.	9	ХАМИДУЛЛАЕВА Г. А.	1, 12, 14

ХАНСЕИТОВА А. К.	19	Ш		З	
ХАСАНОВ М. С.	53				
ХАФИЗОВА Л. Ш.	12, 14	ШАБАНОВА М. В.	28	ЭРЛИХ А. Д.	83, 84, 87, 97
ХАШИМОВ Ш. У.	79	ШАБДАРБАЕВА Д. М.	113	ЭФЕНДИЕВА Л. Г.	4
ХИШОВА Н. Н.	101, 112	ШАБУНЯ П. С.	105	ЭШПУЛАТОВ А. С.	74, 82
ХОДЖАЕВ А. И.	1, 8, 85	ШАДРИНА И. М.	61, 63		
ХОДЖАКУЛИЕВ Б. Г.	75, 115	ШАКИРОВА Н. Ш.	12, 14	Ю	
ХОДИМЕТОВА Ш.	44	ШАКИРОВ М. Р.	8, 85		
ХОШИМОВ Ш. У.	82, 94	ШАЛАЕВ С. В.	24	ЮДИНА О. А.	23
ХРИСТИЧЕНКО М. А.	61	ШАЛЕНКОВА М. А.	57	ЮНЕВИЧ Д. С.	47
Ц		ШАМЕЕВА О. В.	48	ЮРАГА Т. М.	11
		ШАМЬЯНОВ И. Д.	79	ЮРКОВСКАЯ О. А.	83, 113
ЦАРЕВ Ю. К.	90	ШАПКИН В. В.	61	ЮШКЕВИЧ П. Ф.	30, 34, 73
Цой И. А.	63, 70	ШАПРАН А. В.	38	ЮШКО К. А.	81
Ч		ШАРИПОВ Р.	7	Я	
		ШАТАЛОВ А. А.	47		
		ШАТАЛОВА О. В.	47		
ЧАКОВА Н. Н.	102	ШАХТШНЕЙДЕР Е. В.	19	ЯКОВЛЕВА И. М.	13
ЧАРНАЯ М. А.	52	ШЕЦОВА Д. В.	90	ЯКОВЛЕВ В. В.	68
ЧАСНОЙТЬ А. Р.	10, 26, 27, 36, 40	ШЕБЗУХОВА Е. Х.	66	ЯКУББЕКОВ Н. Т.	53
ЧЕПКИЙ Д. А.	22	ШЕЙШЕНОВ Ж. О.	56	ЯНДИМИРОВА В. К.	63
ЧЕРНОВА А. А.	17, 34	ШЕК А. Б.	74, 79, 82, 94	ЯХОНТОВ Д. А.	57
ЧЕРНОГЛАЗ П. Ф.	25	ШЕРМАТОВ У. О.	104, 120	А	
ЧЕРНЫШЕВА Е. В.	37	ШКАПО В. Л.	5		
ЧЕРНЯВСКИЙ А. М.	19, 78, 79	ШУБИТИДЗЕ И. З.	49	ASHCHEULOVA T. V.	16
ЧЕРНЯК С. В.	20	ШУГУШЕВ З. Х.	21, 71	С	
ЧЕСНИКОВА А. И.	95	ШУЛЕНИН С. Н.	51, 52, 57		
ЧИЖЕВСКАЯ И. Д.	58	ШУЛЬМАН В. А.	17, 34		
ЧИРВА О. В.	13	ШУМОВЕЦ В. В.	33	SAED MA	16
ЧИСТЯКОВА С. И.	4	Щ			
ЧОБАНУ Л	29				
ЧОЛЖИЕВ А.	120	ЩЕРБАКОВА Л. В.	46		
		ЩЕРБИНА О. Ф.	105		

СОДЕРЖАНИЕ

1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ.....	1
2. ГЕНЕТИКА И КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	17
3. ХИРУРГИЧЕСКИЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ССЗ	21
4. НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ	33
5. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ	42
6. ТРОМБОЗЫ И АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	47
7. ЛАБОРАТОРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	49
8. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ОКС И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.....	59
9. АТЕРОСКЛЕРОЗ И ЛИПИДСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ	77
10. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	83
11. РАЗНОЕ	98
12. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	116
13. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	120
Алфавитный указатель авторов.....	121

Для заметок:

Для заметок: