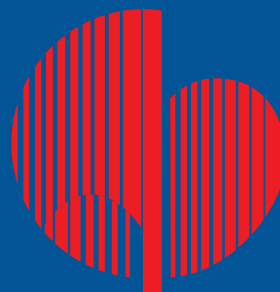


Министерство здравоохранения
Российской Федерации

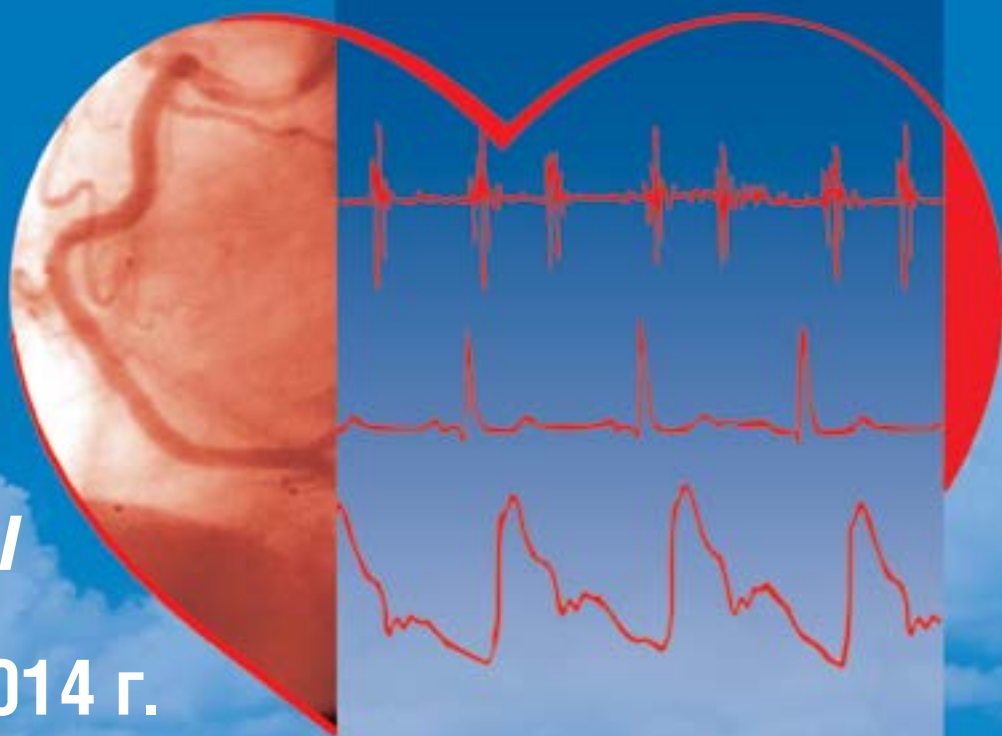
ФГБУ Российский кардиологический
научно-производственный комплекс
Министерства здравоохранения РФ

Российское медицинское общество
по артериальной гипертонии



Достижения современной кардиологии

*Юбилейная Всероссийская
научно-практическая конференция
(54 ежегодная сессия Российского кардиологического
научно-производственного комплекса)*



ТЕЗИСЫ

**9-10 июня 2014 г.
г. Москва**



- Простациклин с селективным действием для эффективного лечения легочной гипертензии^{1,3,4}
- Выраженное улучшение при монотерапии у пациентов, не получавших лечение ранее^{2,3,4}
- Минимальный риск системных побочных эффектов и лекарственных взаимодействий^{3,4}



Вентавис. Международное непатентованное название: илопрост. **Лекарственная форма и состав:** раствор для ингаляций, 10 мкг/мл, в ампулах по 2 мл. **Показания.** Лечение среднетяжелой и тяжелой стадии легочной гипертензии в следующих случаях: идиопатическая (первичная) артериальная легочная гипертензия, семейная артериальная легочная гипертензия; артериальная легочная гипертензия, обусловленная заболеванием соединительной ткани или действием лекарственных средств или токсинов; легочная гипертензия вследствие хронических тромбозов и/или эмболий легочной артерии при отсутствии возможности хирургического лечения. **Противопоказания.** Патологические состояния, при которых воздействие препарата Вентавис на тромбоциты может повысить риск кровотечения (в т.ч. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, травма, внутричерепное кровоизлияние). Тяжелая ишемическая болезнь сердца или нестабильная стенокардия. Инфаркт миокарда в предыдущие 6 месяцев. Декомпенсированная сердечная недостаточность при отсутствии надлежащего врачебного контроля. Тяжелые аритмии. Подозрение на застой крови в легких. Цереброваскулярные осложнения (в т.ч. транзиторная ишемическая атака, инсульт) в предыдущие 3 месяца. Легочная гипертензия вследствие легочной вено-окклюзионной болезни. Врожденные или приобретенные пороки клапанов сердца с клинически значимыми нарушениями функции миокарда, которые не обусловлены легочной гипертензией. Повышенная чувствительность к илопросту или другим компонентам препарата. Дети и подростки до 18 лет (в связи с тем, что опыт применения ограничен). **С осторожностью:** Нарушение функции печени и почечная недостаточность у пациентов, нуждающихся в проведении диализа, артериальная гипотензия, ХОБЛ, тяжелая бронхиальная астма. **Побочное действие.** Кровотечения (главным образом в виде носовых кровотечений и кровохарканья), головная боль, головокружение, вазодилатация, гипотензия, обморок, тахикардия, ощущение сердцебиения, боль в грудной клетке, кашель, одышка, фаринголарингеальная боль, раздражение в горле, тошнота, диарея, рвота, раздражение слизистой оболочки рта и языка, сыпь, боль в челюсти/тризм, боль в спине, периферические отеки. Отпускается по рецепту врача. Регистрационный номер ЛСР-005775/10. Актуальная версия инструкции по медицинскому применению от 29.08.2013. **Производитель:** Байер Фарма АГ, Германия, произведено Берлимед С.А., Испания. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению.

Дополнительную информацию можно получить по адресу: ЗАО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: + 7 (495) 231 1200, факс: + 7 (495) 231 1202. www.bayerpharma.ru. Для получения подробной информации по механизму действия, побочным эффектам и другим разделам вы можете обратиться к полной инструкции по медицинскому применению препарата Вентавис.

Информация представлена в соответствии с результатами рандомизированных контролируемых клинических исследований. Термин «Выраженное улучшение» подразумевает статистически достоверное улучшение переносимости физической нагрузки и параметров гемодинамики, наблюдавшееся в клинических исследованиях ингаляционного илопроста. В частности, в исследовании AIR у пациентов с легочной гипертензией увеличение пройденной дистанции в тесте 6-ти минутной ходьбы составило в среднем +40 метров и +37 метров для пациентов с III и IV ФК, соответственно (результаты приведены с поправкой на плацебо). В исследовании AIR-2, в подгруппе пациентов с идиопатической легочной гипертензией, получавших терапию ингаляционным илопростом в течение 2 лет, общая выживаемость составила 91%, по сравнению с ожидаемой расчетной выживаемостью на уровне 63%.

Источники: 1. Регистрационное удостоверение №ЛСР-005775/10 от 11.09.2012 г. 2. ESC-ERS guidelines, European Heart J 2009;30:2493-2537. 3. Olschewski H, et al. Aerosolized prostacyclin and iloprost in severe pulmonary hypertension. Ann Intern Med 1996 May 1; 124(9):820-4. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Вентавис.

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

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

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

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

Ширинский В.П. Профессор, заместитель генерального директора по научной работе, директор института экспериментальной кардиологии ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

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

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Акчурин Р.С. (Москва)

Рогоза А.Н. (Москва)

Галявич А.С. (Казань)

Романчук С.В. (Иваново)

Голицын С.П. (Москва)

Руда М.Я. (Москва)

Довгалецкий П.Я. (Саратов)

Самко А.Н. (Москва)

Капелько В.И. (Москва)

Сергиенко В.Б. (Москва)

Карпов Р.С. (Томск)

Терещенко С.Н. (Москва)

Карпов Ю.А. (Москва)

Терновой С.К. (Москва)

Кухарчук В.В. (Москва)

Ткачук В.А. (Москва)

Мартынов А.И. (Москва)

Чазова И.Е. (Москва)

Масенко В.П. (Москва)

Шалаев С.В. (Тюмень)

Медведева И.В. (Тюмень)

Шахиджанова С.В. (Москва)

Ощепкова Е.В. (Москва)

Шлык С.В. (Ростов-на-Дону)

Розенштраух Л.В. (Москва)

СОДЕРЖАНИЕ

Анализ суточных профилей артериального давления у разных возрастных групп	5
Анализ факторов риска и структурные особенности у пациентов с ишемическими повреждениями органов при отсутствии признаков стенозирующего атеросклероза.....	5
Ангиографические признаки коронарного атеросклероза у лиц молодого возраста.....	5
Антиокислительный барьер эктопических узлов, связь с развитием фибрилляции и трепетания сердца.....	6
Ассоциации между фенотипами N-ацетилирования и липидным спектром крови у мужчин с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом	7
Биомаркеры воспаления в диагностике острого коронарного синдрома.....	7
Биомаркеры системного воспаления, распределение генотипов полиморфизмов I/D гена АПФ, T174M и M235T гена ангиотензиногена у пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с предиабетом и сахарным диабетом 2 типа	8
Взаимосвязь изменений некоторых показателей субстратного метаболизма миокарда и сердечных аритмий у больных хроническим вирусным гепатитом	8
Влияние афереза липопротеидов на проходимость аутовенозных шунтов в течение первого года после операции коронарного шунтирования у больных с гиперлипидемией, рефрактерной к терапии статинами.....	9
Влияние биспролола и лизиноприла на параметры эхокардиографии пациентов с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов	10
Влияние биспролола и лизиноприла на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов	10
Влияние высоких доз омега-3-полиненасыщенных жирных кислот на динамику прогрессирования хсн у больных острым инфарктом миокарда	10
Влияние высокоспецифичного удаления липопротеида(а) на биомаркеры атеросклероза и воспаления у больных стабильной ИБС.....	11
Влияние гипотензивной терапии на состояние периферического кровотока у больных гипертонической болезнью в сочетании с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей	11
Влияние кардиопротектора на качество жизни женщин с хронической сердечной недостаточностью при ишемической болезни сердца.....	12
Влияние курения на кардиоренальную систему пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование	12
Влияние небиволола и лизиноприла на параметры эхокардиографии пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов.....	12
Влияние небиволола и лизиноприла на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов	13
Влияние небиволола и лизиноприла на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов	13
Влияние небивололола и лизиноприла на параметры эхокардиографии пациентов с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов	13
Влияние нейрциркуляторной дистонии и функциональной патологии органов пищеварения на качество жизни	14
Влияние показателей углеводного обмена на величину риска инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом типа 2.....	14
Влияние соталола и лизиноприла на параметры эхокардиографии пациентов с желудочковыми нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов.....	15
Влияние соталола и лизиноприла на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с желудочковыми нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью I-II функциональных классов	15
Возможности в терапии гипергомоцистеинемии у пациентов с мигренью.....	15
Возрастные особенности клинических проявлений при фибрилляции предсердий.....	16
Временные параметры по данным ЭКГГ: период снижения меньше периода подъема по электронегативности при переднем инфаркте миокарда	17
Временные параметры по данным ЭКГГ: период нарастания больше периода снижения по электропозитивности при переднем инфаркте миокарда.....	17
Временные параметры по данным ЭКГГ: период нарастания меньше периода снижения по электропозитивности при переднем инфаркте миокарда	18
Врожденные пороки сердца у детей с переполнением малого круга кровообращения.....	18
Выбор антиромботической терапии при фибрилляции предсердий в зависимости от риска развития тромбозомболических осложнений.....	19
Динамика толщины комплекса интима-медиа сонных артерий на фоне 18 месяцев специфического афереза липопротеида(а) и 2 года спустя у больных стабильной ишемической болезнью сердца	19
Дислипидемия в популяции людей, живущих с ВИЧ	20
Диспластикозависимые перегибы желчного пузыря при синдроме недифференцированной дисплазии соединительной ткани, как основа для дисритмий.....	20
Дифференциальный подход к тактике ведения пациентов с нестабильной стенокардией на основе оценки риска по шкале GRACE.....	20
Изменение показателей вазоактивных свойств сосудистого эндотелия на фоне терапии гломерулонефрита у детей.....	21
Изучение полиморфизма генов NO-синтазы и уровня показателей эндогенного оксида азота у больных с хронической сердечной недостаточностью	21
Применение колхицина у больных стабильной ИБС с повышенным уровнем липопротеида(а): первое пилотное исследование	22
Информативность ВИЧ-инфицированного населения ферганской долины о факторах риска повышенного артериального давления.....	22
Исследование клинической эффективности актовегина в составе комбинированной терапии ИБС.....	22
К вопросу о взаимосвязи провоспалительной цитокиновой активности и субклинического атеросклероза	23
Качество жизни больных высокого кардиоваскулярного риска с коморбидной патологией	23
Клиническая оценка эффективности различных схем фармакотерапии у пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой патологией.....	24
Клинические предикторы коллатерального кровотока у больных ишемической болезнью сердца.....	24
Лабораторные предикторы развития феномена невосстановленного кровотока при реперфузионной терапии инфаркта миокарда.....	25
Липопротеид(а) [ЛП(а)], аутоантитела к ЛП(а) и показатели клеточного иммунитета при коронарном атеросклерозе	25
Маркеры, ассоциированные с функцией эндотелия, имеют прогностическое значение в развитии рестеноза в стенте после острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.....	25
Математическая модель прогнозирования неблагоприятных исходов у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.....	26

Матриксные металлопротеиназы 7 и 9 типа как маркеры нестабильности атеросклеротических бляшек коронарных артерий у больных хронической ИБС	27
Ремоделирование сердца у больных ревматоидным артритом.....	27
Модель физического стресса в плавательной пробе у экспериментальных животных: функциональные возможности биологического организма.....	27
Морфометрические показатели при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью, у больных сахарным диабетом 2 типа и нормальным углеводным обменом.....	28
Нарушение диастолической функции левого желудочка и показателей оксигенации артериальной и венозной крови у больных с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа.....	28
Неинвазивная методика выявления лиц с нарушением растяжимости общей сонной артерии.....	29
Нейроциркуляторная дистония у лиц организованной студенческой популяции: триггерные факторы и особенности клиники.....	29
Новые возможности клеточной терапии для восстановления миокарда у пациентов с ДКМП и ХСН.....	30
Основные причины прекращения терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы пациентами поликлиник и частных клиник.....	30
Особенности нарушений сердечного ритма у больных с впервые выявленной артериальной гипертензией.....	30
Особенности суточного ритма артериального давления у больных с ревматоидным артритом и артериальной гипертензией.....	31
Отношение к здоровью пациентов в поликлиниках и частных клиниках и их приверженность в лечении сердечно-сосудистой патологии.....	31
Отношение к своему здоровью и профилактике повышенного артериального давления у ВИЧ-инфицированного населения ферганской долины.....	32
Оценка влияния карведилола на показатели бета-рецепторов и аденилатциклазную активность мембран эритроцитов у больных с хронической сердечной недостаточностью.....	32
Оценка качества жизни по показателям физического здоровья у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с моторно-эвакуаторной дисфункцией желудка	32
Оценка клинической эффективности комплексной фармакотерапии пациентов с ИБС в сочетании с артериальной гипертензией.....	33
Пароксизмальная тахикардия у детей.....	33
Перспективы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у медицинских работников	34
Показатели суточного мониторинга при разных степенях артериального давления	34
Перспективы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у медицинских работников	34
Показатели суточного мониторинга при разных степенях артериального давления	34
Прогнозирование риска гипоксического поражения миокарда у новорожденных.....	35
Прогностическое значение мозгового натрийуретического пептида у больных острым инфарктом миокарда после эндоваскулярного вмешательства, тромболитической терапии и их комбинации	35
Проспективный анализ эффективности диспансеризации мужчин трудоспособного возраста.....	36
Профилактика сахарного диабета у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	36
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом.....	37
Распределение подфракций липопротеидов у мужчин с коронарным атеросклерозом, получающих терапию статинами.....	37
Распространенность гипертриглицеридемии среди популяции ВИЧ-позитивного населения в группах, различных по социальному градиенту.....	37
Распространенность метаболического синдрома в организованной популяции	38
Расширение границ терапевтического применения биферментного конъюгата супероксиддисмутаза-хондроитинсульфат-каталаза.....	39
Эффекты превентивного и лечебного использования конъюгата при эндотоксическом шоке у крыс	39
Регуляторно-адаптивный статус в прогнозе внезапной сердечной смерти при хронической сердечной недостаточности III функционального класса.....	39
Регуляторно-адаптивный статус в прогнозе сердечно-сосудистых осложнений при хронической сердечной недостаточности III функционального класса.....	40
Результаты анализа протоколов патологоанатомических вскрытий у пациентов с внезапной сердечной смертью.....	40
Роль эхокардиографии в выявлении ранних признаков легочной гипертензии у больных с хроническими обструктивными болезнями легких	41
Состояние гемодинамики у больных артериальной гипертензией с различным уровнем кардиоваскулярного риска.....	41
Сравнение симптом-несвязанных атеросклеротических бляшек в коронарных артериях у больных с острым инфарктом миокарда и стабильной ишемической болезнью сердца, выявленных с помощью внутрисосудистого ультразвукового исследования в виртуальной гистологией.....	41
Структура отравлений кардиотоксическими препаратами в Азербайджане: результаты пятилетнего проспективного исследования.....	42
Судорожный синдром у детей и изменения на ЭКГ, сопровождающие его	43
Тревожность, депрессия и когнитивные нарушения у пациентов с ИБС.....	43
Уровень матриксной металлопротеиназы-9 и тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 в зависимости от степени стеноза сонных артерий у больных ишемической болезнью сердца с каротидным атеросклерозом	44
Уровень рогового фактора дифференцировки 15 связан с наличием, но не прогрессированием коронарного атеросклероза у пациентов со стабильным течением ИБС.....	44
Усиление регенеративного потенциала мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани в условиях воспаления.....	45
Фармакоэпидемиология назначения сердечно-сосудистых препаратов в условиях амбулаторного и стационарного звеньев здравоохранения г. Курска в 2011-2012 гг.....	45
Фиброз печени и биохимические маркеры высокого сердечно-сосудистого риска	46
Фиброз печени и инсулинорезистентность у больных ожирением и артериальной гипертензией	46
Эффективность антидепрессанта пароксетина в комплексной терапии артериальной гипертензии у женщин в перименопаузе.....	47
Эффективность отсроченных реперфузионных стратегий у больных с острым инфарктом миокарда и повышенным риском смерти по TIMI	47
Эффективность фиксированной комбинации эналаприла и нитрендипина у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом	47
Эффекторные и регуляторные субпопуляции лимфоцитов крови при атеросклерозе сонных артерий.....	48
VEGF и HGF как терапевтические агенты для стимуляции ангиогенеза: влияние на активацию эндотелия и регенерацию миокарда.....	48
Диагностическая значимость эректильной дисфункции, как раннего маркера сердечно-сосудистых заболеваний	49

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.

Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.

ПАРТНЁРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ПАРТНЁРЫ:



ЗАО «БАЙЕР»

ЗАО «СЕРВЬЕ»



КРКА

ООО «ПФАЙЗЕР»



САНОФИ

SANOFI

ГЛАВНЫЕ ПАРТНЁРЫ:



Bristol-Myers Squibb



«АЛЬЯНС БРИСТОЛ-МАЕЙРС СКВИББ И ПФАЙЗЕР»

«АСТРАЗЕНЕКА РОССИЯ»

AstraZeneca



БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

ООО «БЕРЛИН-ХЕМИ/А.МЕНАРИНИ»

ООО «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН», КОРДИС

Cordis
PART OF THE Johnson-Johnson FAMILY OF COMPANIES

ПАРТНЁРЫ:

«АКТЕЛИОН ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ»

«ТАКЕДА»

AND

MAQUET

АКТАВИС

БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ

ЗАО «ФАРМЦЕНТР ВИЛАР»

ЗАО МЕДИТЕК

ЗЕНТИВА

НОВАРТИС ФАРМА

ОАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»

ОАО «ФАРМСТАНДАРТ»

ЗАО «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ЗАВОД ЭГИС»

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЁРЫ

ДОКТОР.РУ, ЖУРНАЛ «ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ», ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА», ИД «РМЖ», МЕДИА-МЕДИКА

ООО «МЕДФОРУМ», МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ MEDEGO

АНАЛИЗ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Гаврилова М.С., Разин В.А., Бутов А.А.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Введение (цели/задачи):

Суточный профиль артериального давления (СПАД) человека изменяется с возрастом. В связи с этим, исследование возрастных изменений СПАД является актуальной проблемой современной медицины.

Материал и методы:

Суточный мониторинг артериального давления (АД) проводился в Ульяновском областном клиническом госпитале ветеранов войн. В исследовании приняли участие 400 пациентов, 133 женщины и 267 мужчин, в возрасте от 20 до 85 лет (средний возраст 50 лет). Преобладали пациенты молодого (124) и среднего (175) возрастов, также были лица пожилого (79) и старческого (22) возрастов.

Результаты:

Как известно, суточная динамика АД характеризуется закономерными колебаниями с двухфазной периодикой день-ночь и отчетливым ночным снижением АД. В дневные часы АД образует плато с двумя пиками — с 9:00 до 11:00 и с 16:00 до 20:00, со снижением АД в вечернее время и достижением минимального значения в ночное время в периоде от 0:00 до 4:00 (Halberg F. и соавт., 1990, и др.). Анализ данных показал, что нормальный СПАД был у 87 пациентов (21,75%). При этом большая часть нормальных СПАД наблюдалась у лиц молодого и среднего возраста — 18,5% (из 400 возможных). Области гомеостаза АД (участки СПАД, где АД колеблется относительно некоторого стационарного уровня) также были, в основном, у лиц молодого и среднего возраста — 20 дневных периодов стабилизации систолического АД (САД) и 24 ночных периода стабилизации САД. У лиц старше 60 лет практически не было областей гомеостаза — 2 периода стабилизации САД днем и 4 ночью. Аналогичные результаты были получены для диастолического АД (ДАД). У пациентов 20–59 лет было 38 дневных областей гомеостаза ДАД и 36 ночных, у лиц пожилого и старческого возраста данные показатели составили 18 и 13 соответственно.

Заключение:

Таким образом, с возрастом СПАД становится нарушенным из-за различных патологических процессов, влияющих на нормальное функционирование системы кровообращения человека.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОРГАНОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Шабалина Е.А., Анисенкова А.Ю.

ГБУЗ №40, ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, СПбГУ, МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ, г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: Изучить факторы риска ишемической болезни сердца и цереброваскулярной болезни, функциональное состояние эндотелия и полиморфизм ДНК у пациентов без ангиографических признаков стеноза артерий с целью уточнения рекомендаций по диагностике, профилактике этого заболевания и по ведению данной

категории больных. Задачи исследования: 1. Выделить и проанализировать группу пациентов, перенесших ИМ или ишемический инсульт, но не имеющих признаков атеросклеротического повреждения сосудов. 2. Изучить полиморфизмы кандидатных генов у пациентов, имеющих в анамнезе ИМ и ОНМК без признаков атеросклеротического повреждения артерий. 3. Выявить особенности фенотипа предрасполагающие к развитию ИМ и ОНМК при отсутствии атеросклеротического повреждения артерий. 4. Сопоставить и проанализировать фенотипы и генотипы у пациентов имеющих в анамнезе ИМ и/или ОНМК.

Материал и методы:

Конкретные методы и методики планируемого исследования. 1. Карта обследования пациента 2. Липидограмма с развернутыми показателями 3. Коагулограмма 4. Гликемический профиль 5. ЭКГ с оценкой возможных очаговых изменений, признаков коронарной недостаточности 6. ЭХОКГ с оценкой сократительной способности, зон гипо-акинезии 7. Нагрузочные пробы (ВЭМ, стрессЭХОКГ) 8. Дуплексное и триплексное исследование церебральных артерий, артерий нижних конечностей 9. Коронарная ангиография, церебральная ангиография, многослойной спиральной компьютерной томографии (МСКТ)? 10. Исследование полиморфизмов генов, предрасполагающих к развитию атеросклероза коронарных артерий, церебральных артерий. Используемые средства Исследования будут проводиться в структуре действующей истории болезни по медико-экономическим стандартам, ангиографические исследования выполняются по экстренным показаниям в структуре ОМС или в плановом порядке, при оформлении квоты.

Результаты:

Предполагается выявить: -особенности фенотипа и генетической предрасположенности к развитию атеросклероза без признаков стенозирования -корреляцию между тяжестью клинических проявлений и степенью выраженности повреждения артерий с имеющимися факторами риска, а также структурными особенностями ДНК Данные особенности возможно объяснят причины развития фатальных повреждений органов (сердце, мозг) сосудистого генеза вне зависимости от наличия их атеросклеротического повреждения а также различия в патогенезе клинических проявлений.

Заключение:

Полученные данные могут быть использованы для создания патогенетически обусловленной системы первичной и вторичной профилактики атеросклероза. Результаты молекулярно-генетического анализа полиморфных участков генов-кандидатов могут быть использованы для медико-генетического консультирования родственников больных с целью раннего выявления лиц с высоким риском развития заболевания и проведения донозологической профилактики.

АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Азизов В.А.О., Султанова М.Д.Г.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, БАКУ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования. Изучение особенностей ангиографических признаков, характерных для коронарного атеросклероза, у лиц молодого возраста.

Материал и методы:

Проанализированы результаты данные ангиографии у 50 пациентов (68% мужчин, 32% женщин) с первичным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС). Коронарная ангиография была проведена на аппарате "TOSHIBA INFİNIX-300" (Япония). Результаты коронарной ангиографии оценены по количеству и локализации поврежденных артерий и по тяжести обструкции.

Результаты:

Больные были разделены на 2 группы: I группу составили 22 больных ИБС молодого возраста (28 ± 2 лет), во II группу вошли 28 больных в возрасте старше 50 лет (57 ± 3 лет). Критериями включения в исследование было наличие стабильной стенокардии II–III функционального класса, а так же сосудистых факторов риска курением – у 8 (16%) больных; отягощенным семейным анамнезом ИБС – у 11 (22%); артериальной гипертензией – у 9 (18%); сахарным диабетом типа 2 – у 2 (4%). Дислипидемия выявлена у 6 (12%) больных. При коронарографии: однососудистое поражение коронарных артерий выявлено у 19 (86,3%) больных I группы и у 11 (39,2%) больных II группы. Замедленный кровоток "slow flow" был обнаружен больше – у 20 (90,9%) больных I группы и у 12 (42,8%) II группы. По сравнению у больных II группы, атеросклеротические изменения у больных I группы в основном локализовывались в правой коронарной артерии и в проксимальных отделах левой нисходящей артерии.

Заключение:

Результаты коронарной ангиографии у больных ИБС молодого возраста показывает, что у данной категории больных в большинстве случаев выявляется однососудистое поражение коронарных артерий, замедленный кровоток и определённая картина локализации.

АНТИОКСИДТЕЛЬНОСТЬ БАРЬЕР ЭКТОПИЧЕСКИХ УЗЛОВ, СВЯЗЬ С РАЗВИТИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ СЕРДЦА

ХАБЧАБОВ Р.Г., МАХМУДОВА Э.Р.

Дагестанская Государственная Медицинская Академия

Введение (цели/задачи):

Фибрилляция и трепетание предсердий (ФП, ТП) – одно из наиболее распространенных нарушений ритма сердца. В популяции их частота достигает 1-2%. По данным, представленным в рекомендациях Европейского общества кардиологов, около 6 млн человек в Европе страдают ФП и ТП, а в ближайшие 50 лет их число как минимум удвоится. ФП и ТП может значимо снижать качество жизни пациентов, но важнейшей проблемой для пациентов с ФП и ТП является повышение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий. Вероятность данного осложнения увеличивается в 5-6 раз при неклапанной ФП и ТП. По статистике фибрилляция и трепетание предсердий являются причиной 15-20% всех ишемических инсультов и 45% всех тромбоэмболических инсультов в Европе [4]. В России уровень заболеваемости и смертности от инсульта – один из самых высоких в мире, частота цереброваскулярных заболеваний достигает 450 человек на 100 тыс. населения. Клинические проявления у больных с ишемическим инсультом, связанным с ФП и ТП, более тяжелые, летальность в 3 раза выше, чем у пациентов с синусовым ритмом (СР), а у 5% больных отмечаются ранние рецидивы в течение двух недель. Было показано, что инсульт на фоне ФП и ТП вдвое чаще

имеет фатальный исход, чем у пациентов без ФП и ТП [6]. Все это обуславливает необходимость поиска эффективных методов лечения и профилактики электрической нестабильности сердца (ЭНС). Цель. 1. Доказать преимущество комплексного лечения пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий над монотерапией. 2. Доказать истинную причину развития фибрилляции и трепетания сердца, путем правильности выбранного лечения и снижения количества пациентов после лечения в контрольной группе. Целью нашего исследования явилось доказать, что комплексное лечение ФП и ТП будет способствовать последовательному и долгосрочному восстановлению СР сердца, чем использование только антиаритмических препаратов, тем самым пытаясь анестезировать взбунтовавшиеся эктопические узлы, не воздействуя на саму причину аритмий.

Материал и методы:

53 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями рандомизированы на две группы. Пациентам в течение семи дней проводилось лечение в кардиологическом отделении Республиканской больницы №2 ЦСЭМП МЗ РД (г. Махачкала) и последующее амбулаторное лечение рекомендованными препаратами. Пациентам контрольной группы использовалась стандартная терапия (кордарон, дабигатран), в исследуемой группе проводилось комплексное лечение (кордарон, гидрокарбонат натрия, кудесан (Q10), солкосерил, дабигатран). Исходно и в течение семи дней регистрировали ЭКГ, а так же на второй день и через один месяц проводилось суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты:

Ритм сердца восстанавливался статистически значимо в 1-й исследовательской группе, чем во 2-й контрольной. В 1-й исследовательской группе синусовый ритм сердца восстановился у 19 (67,8%) пациента через шесть часов, от начала поступления в стационар и лечения. Еще у 5 (17,8%) пациентов ритм сердца восстановился через 24 часа с момента поступления в больницу, а через семь дней ритм сердца восстановился у оставшихся 4 (14,2%) пациентов, соответственно у всех 28 пациентов. Статистически значимо уменьшение от исходных значений ($P < 0,05$). По результатам (СМ-ЭКГ) – на второй день пароксизмы ФП и ТП наблюдались у 13 (46,4%) пациентов ($P < 0,05$). Во 2-й – контрольной группе с назначением монотерапии (кордарон), СР сердца восстановился у 13 (48,0%) пациентов через шесть часов, от начала поступления в стационар и лечения. Еще у 7 (32,0%) пациентов СР восстановился через 24 часа с момента поступления в больницу. Через семь дней – ФП и ТП наблюдалась у 5 (20%) пациентов, соответственно, ритм сердца у них не восстановился. Статистическое уменьшение от исходных значений ($P < 0,05$). По результатам (СМ-ЭКГ) на 2-й день, пароксизмы ФП и ТП наблюдались у 15 (60,0%) пациентов, а через 1 месяц у 7 (20,0%) пациентов ($P < 0,05$).

Заключение:

Проведенное исследование показало, что комплексное фармакологическое воздействие на причины развития фибрилляции и трепетания сердца, приводит к более значимому эффекту, чем только антиаритмическая. Достигается такой эффект за счет сочетания использования кордарона с антиокислительными препаратами – гидрокарбонат натрия и кудесан (Q10), а так же репаратом – солкосерил.

АССОЦИИИ МЕЖДУ ФЕНОТИПАМИ N-АЦЕТИЛИРОВАНИЯ И ЛИПИДНЫМ СПЕКТРОМ КРОВИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

МАТВЕЕВА С.А.

Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия

Введение (цели/задачи):

Процессы ацетилирования занимают центральное место в межклеточном обмене веществ и наиболее интенсивно протекают в печени. Путём ацетилирования осуществляется синтез и распад жиров, окислительное декарбоксилирование пировиноградной кислоты, синтез ацетилхолина, стероидов и др. Изоформы N-ацетилтрансферазы (NAT), возникающие в результате мутации в локусах NAT1 или NAT2, отличаются по активности в десятки раз. Структурные вариации локуса NAT2 отвечают за полиморфизм ацетилирования сульфадимезина и представлены бимодальным (или тримодальным) распределением в популяциях. Целью исследования явилось изучение ассоциаций между показателями ацетиляторного статуса: степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и липидных показателей (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (СН) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

Проведено обследование 102 мужчин (средний возраст $48,9 \pm 0,6$ г.) с ИБС, СН I-IV функционального класса (ФК) и МС. Всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее (сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы) исследования, позволившие диагностировать ИБС, СН и МС. В качестве субстрата NAT использовали пероральный приём 1,0 г сульфадимезина с определением продуктов реакции в пробах крови и мочи, которые исследовали через 6 и 24 ч соответственно. По соотношению концентраций проацетилированного и общего сульфадимезина вычисляли интенсивность ацетилирования (в %). Последовательно проводили анализ взаимосвязей каждого отдельного показателя ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Результаты:

По данным многофакторного корреляционного анализа установлено, что у пациентов с ИБС, СН и МС между показателями $\leq 10\%$ перцентиля, варианты и $>90\%$ перцентиля ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и соответствующими параметрами $\leq 10\%$ перцентиля, варианты и $>90\%$ перцентиля липидного спектра сыворотки крови (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) определяется достоверная сильная положительная (прямая) ассоциация. Отрицательная (обратная) значимая корреляция определяется между показателями ≤ 10 перцентиля ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и $>90\%$ липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ); между значениями >90 перцентиля ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и ≤ 10 перцентиля липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) также отмечена достоверная отрицательная корреляция.

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о гетерогенности взаимосвязей показателей ацетиляторного статуса и липидного транспорта. Показатели ацетиляторного статуса достоверно прямо (положительно) и обратно (отрицательно) ассоциируются с параметрами липидного спектра сыворотки крови. Выявление фенотипов медленных/промежуточных/быстрых ацетиляторов способствует раннему прогнозированию течения сердечно-сосудистых заболеваний, проведению адекватных профилактических и лечебных мероприятий.

БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Хусаинова Л.Н., Муталова Э.Г., Мингазетдинова Л.Н.

БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, Клиника Башгосмедуниверситета

Введение (цели/задачи):

Высокая распространенность сердечнососудистых заболеваний, потребность уточнения патогенетических подходов в развитии ишемии миокарда, роли воспаления стали основанием изучения биомаркеров воспаления. Цель исследования – изучить значение цитокиновой регуляции по уровню провоспалительных цитокинов и моноцитарно-макрофагальных факторов (VEGF и MCP-1) в дисфункции эндотелия при остром коронарном синдроме.

Материал и методы:

Обследовано 82 больных (28 женщин и 54 мужчин) с ОКС, поступивших через 12-24 часа от начала болевого приступа и проходивших лечение в кардиореанимационном и кардиологическом отделениях ГБУЗ РКБ г. Уфы. Диагноз ОКС был выставлен на основании данных клинических, биохимических, инструментальных исследований (рекомендации Европейского общества кардиологов, 2012). возраст пациентов составил $50,8 (43;58)$ года. Отягощенную наследственность имели по ИБС 59,7%, гипертоническую болезнь в анамнезе – 58,5%. В зависимости анамнестических и клинико-инструментальных признаков больные были рандомизированы на две группы: в первую группу вошли больные нестабильной стенокардией (НС) 1 класса В (по классификации Hamm C.W., Braunwaed, 2000), у которых отсутствовали биомаркеры некроза ($n=37$), вторую группу составили больные с острым инфарктом миокарда (ОИМ) ($n=45$) без подъема сегмента ST, у которых сохранялись изменения конечной части желудочкового комплекса и высота зубца R на серийно снятых ЭКГ более 12 часов. Все больные получали базисное лечение антикоагулянтами, дезагрегантами, нитратами, ингибиторами АПФ, бета-блокаторами. В группу сравнения вошли 22 относительно здоровых лиц ($n=22$) без признаков ИБС и гиперлипидемии. Параметры центральной гемодинамики определяли эхокардиографическим исследованием по общепринятой методике. Оценку диастолической функции проводили с помощью импульсной доплер эхокардиографии с измерением параметров трансмитрального кровотока (скорости раннего и позднего диастолического наполнения (VE см/сек., VA см/сек.) их соотношение – VE/VA). В первые 3 дня после поступления в стационар проводили холтеровское мониторирование на анализированной системе «Икар»

в течение 24 часов. Изучались липиды в сыворотке крови ферментативным методом на автоанализаторе. Иммуноферменты MCP-1 (моноцитарно-хемотоксический белок) и VEGF (фактор роста эндотелия) в сыворотке крови исследовали методом ИФА с использованием коммерческих тест-наборов. Количественное определение провоспалительных цитокинов (фактор некроза опухоли - α -TNF- α , интерлейкин 1B-JE1B) в сыворотке крови проводили в анализаторе ACCECS2 (BeckmanCoulter). Для измерения уровня продукции цитокинов клетками крови (интерферон γ -JFN γ) применяли трехфазный иммуноферментный метод с использованием тест-систем Гамма-Интерферон. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Statistic 8.0. Переменные представлялись в виде медианы с указанием, в скобках верхнего и нижнего квартилей (25-ый; 75-ый перцентилей). Достоверность изменений внутри групп определяли при помощи критерия Уилкоксона, при сравнении групп использовали t-тест Стьюдента, критерий Манна-Уитни. Достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты:

Основными цитокинами, участвующими в развитии острой ишемии миокарда, являются YL-1B, TNF- α и интерферон γ (JFN- γ). Полученные результаты показали, что наиболее значимое повышение отмечено для YL-1B, который составил у больных ИС 1,16 нг/л (0,59;1,80), был выше в группе больных ОИМ на 56% (1,22(0,67;1,78)), превышая группу сравнения (0,77 (0,61;0,92) $p < 0,01$). Учитывая, что YL-1B является основным медиатором, ответственным за развитие местного воспаления и острофазового ответа на повреждение, то значимое повышение уровня YL-1B при ОКС можно рассматривать как адекватную реакцию организма на повреждение сердечной мышцы, а высокие показатели YL-1B, полученные в период острой ишемии миокарда, определяют реакцию иммунной системы на окислительный стресс. Показатели уровня TNF в сыворотке крови выявили его незначимое снижение у больных ИС (0,42(0,30;0,54)) с повышением при ОИМ на 83,3% по отношению группы сравнения (0,88(0,70;0,98) $p < 0,05$) до (0,48(0,40;0,58)). При исследовании моноцитарно-хемотоксического протеина MCP-1 нами получено снижение его уровня у больных ОИМ на 64% и на 16,5% у больных ИС по отношению группы сравнения. Кроме того отмечены значимые различия уровня MCP-1 между группами, у больных ОИМ эти различия были на 40,8% ниже, чем при ИС ($p < 0,05$). Таким образом, проведенные исследования состояния иммунной системы у больных ОКС показали, что повышение уровня провоспалительного цитокина YL-1B является независимым предиктором развития острой ишемии миокарда.

Заключение:

По результатам исследования отмечено значимое повышение YL-1B в обеих группах и TNF- α у больных ОИМ ($P = 0,04$). Иммуноферменты реагировали разнонаправленно. Высоко значимое повышение VEGF отмечено при ОИМ, снижение MCP-1 на 64% при ОИМ и на 16,5% при ИС. Получено реагирование иммунной системы с повышением YL-1B, TNF- α и VEGF при острой ишемии миокарда как биомаркеры воспаления.

БИОМАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМОВ I/D ГЕНА АПФ, T174M И M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПРЕДИАБЕТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

АЩЕУЛОВА Т.В., Куликова М.В., Этукудо И.И.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: анализ факторов иммунновоспаления: провоспалительного цитокина – интерлейкина-18 (ИЛ-18), противовоспалительного цитокина – интерлейкина-10 (ИЛ-10), определение полиморфизмов I/D гена АПФ, T174M и M235T гена ангиотензиногена у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от сопутствующего предиабета и сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа).

Материал и методы:

Обследовано 129 пациентов с АГ в ассоциации с предиабетом и СД 2 типа. Результаты. В зависимости от глюкометаболического профиля больные были разделены на 3 группы: 1 - 60 пациентов с АГ без нарушения углеводного метаболизма, 2 - 39 человек с АГ и предиабетом, 3 – 30 больных с АГ и СД 2 типа. В контрольную группу вошли 10 практически здоровых лиц.

Результаты:

У пациентов с АГ в сочетании с предиабетом, СД 2 типа отмечается более тяжелое течение заболевания, характеризующееся достоверно более высокими показателями САД, ДАД, ЧСС, HbA1c и индекса HOMA. Установлено, что уровни противовоспалительного ИЛ-10 и провоспалительного ИЛ-18 у пациентов с АГ значительно варьируют в зависимости от наличия углеводных нарушений, что свидетельствует о вовлечении воспаления в патогенез развития нарушений углеводного обмена у пациентов с АГ. Повышение уровня ИЛ – 10 у пациентов с АГ и предиабетом может рассматриваться как защитная реакция на фоне повышенной активности провоспалительного цитокина ИЛ – 18. Выявлено, что достоверное преобладание генотипа ТТ полиморфизма M235T гена ангиотензиногена у пациентов с АГ ассоциировано с развитием предиабета и СД 2 типа.

Заключение:

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что активация противовоспалительного ИЛ-10 и провоспалительного ИЛ-18, вариант генотипа ТТ полиморфизма M235T гена ангиотензиногена могут иметь взаимосвязь между АГ и развитием нарушений углеводного обмена при АГ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУБСТРАТНОГО МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА И СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

РАДАЕВА Е.В., ГОВОРИН А.В.,
ЧИСТЯКОВА М.В., ТЕРЕШКОВ П.П.

ГБОУ ВПО ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ГБОУ ВПО ЧГМА

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить взаимосвязь между наличием сердечных аритмий и уровнями свободных жирных кислот и глицерола в сыворотке крови больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 169 больных хроническим вирусным гепатитом, средний возраст которых составил $33,9 \pm 8,4$. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз хронического вирусного гепатита был верифицирован выявлением серологических маркеров HCV и HBV-инфекции методом ИФА, результатами ПЦР-исследования. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 50 лет, эссенциальная и симптоматические артериальные гипертензии, заболевания сердца, хронический алкоголизм и другая тяжелая сопутствующая патология. Группу контроля составили 23 человека сопоставимых с исследуемой группой по возрасту и полу. Холтеровское мониторирование ЭКГ в течение суток проводили при помощи мониторингового комплекса „Astrocard” с одноименным программным обеспечением. В сыворотке крови определялся общий уровень незэтерифицированных жирных кислот (НЭЖК), содержание глицерола. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы «Statistika 6.0». Применялись непараметрические методы обработки данных.

Результаты:

Мониторирование ЭКГ проведено у 128 больных. По данным суточного мониторирования у 58 (45%) пациентов зарегистрированы нарушения ритма сердца. В 57% случаев нарушения ритма были представлены суправентрикулярными аритмиями, в 22% - желудочковой экстрасистолей, у 16% больных наблюдалась и желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, в 5% случаев выявлены эпизоды АВ блокады 2 степени Мобитц 2. Суправентрикулярные аритмии были представлены наджелудочковыми экстрасистолами (у 94 % пациентов) и короткими пробежками наджелудочковой тахикардии (6%). Желудочковая экстрасистолия в большинстве случаев была доброкачественной (1-2 класс по Lown), у 23% больных классифицирована как 4а класс, у 9% - 4б класс по Lown (на фоне высокой активности гепатита у 2 пациентов наблюдались короткие пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии). Частота встречаемости нарушений ритма не зависела от активности гепатита. При поражении миокарда закономерно происходят изменения энергетического метаболизма. Для определения возможной патогенетической роли повышенного содержания НЭЖК и глицерола в сыворотке крови больных ХВГ в формировании нарушений ритма было проведено сравнение указанных показателей в группах больных с желудочковыми аритмиями и без них. В исследование включались лица, находящиеся на традиционной для региона диете. Выявлено, что в группе пациентов с желудочковой экстрасистолей уровень НЭЖК в сыворотке крови почти в 1,5 раза превысил аналогичный показатель в группах пациентов с наджелудочковыми аритмиями ($p=0,047$), без нарушений ритма сердца ($p=0,004$) и в группе здоровых ($p=0,0007$). Содержание глицерола у пациентов с желудочковой аритмией было снижено, только в сравнении с больными ХВГ. Это приводило к повышению коэффициента НЭЖК/глицерол, характеризующего темпы утилизации жирных кислот миокардом. Данный коэффициент составил 155% от аналогичного показателя 1 группы ($p=0,001$) и 171% - в сравнении с больными без нарушений ритма ($p=0,0005$) и 188% - в сравнении с контролем ($p=0,00003$).

Закключение:

1. У больных хроническим вирусным гепатитом в 45% случаев регистрируются нарушения ритма сердца. 2. Патогенетической основой для формирования желудочковых нарушений ритма у больных ХВГ может являться синдром нарушения утилизации жирных кислот миокардом, развивающийся у данной категории пациентов.

ВЛИЯНИЕ АФЕРЕЗА ЛИПОПРОТЕИДОВ НА ПРОХОДИМОСТЬ АУТОВЕНОЗНЫХ ШУНТОВ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ, РЕФРАКТЕРНОЙ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

АДЖИЕВ Р.Н., ЕЖОВ М.В., ИЛЬИНА Л.Н.,
АФАНАСЬЕВА О.И., ВЛАСОВА Э.Е., МАТЧИН Ю.Г.,
КОНОВАЛОВ Г.А., ПОКРОВСКИЙ С.Н.

ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ, КДЦ "МЕДСИ"

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние еженедельных процедур каскадной плазмафильтрации (КПФ) на проходимость шунтов в течение первого года после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) у больных с гиперлипидемией (ГЛП), рефрактерной к терапии аторвастатином.

Материал и методы:

В проспективное контролируемое исследование было включено 50 мужчин (средний возраст $57,5 \pm 6,8$ лет) после операции АКШ с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) $> 2,6$ ммоль/л на фоне терапии статинами. Больные были распределены на основную ($n=25$, еженедельные процедуры КПФ + терапия аторвастатином) и контрольную ($n=25$, монотерапия аторвастатином) группы. Состояние коронарного русла оценивалось методом мультиспиральной компьютерной томографии (в течение 3 месяцев от начала исследования) и рентгенконтрастной коронароангиографии (через 1 год).

Результаты:

Обе группы были сопоставимы по клинико-биохимическим параметрам. После процедур КПФ отмечено снижение уровня ХС ЛНП на $64 \pm 9\%$, апобелка В100 на $65 \pm 8\%$, липопротеида(а) на $52 \pm 15\%$; эти изменения были значимыми по сравнению с исходными значениями и данными контрольной группы. В группе экстракорпорального лечения уже в течение первых 3 месяцев наблюдалась тенденция к снижению частоты окклюзии шунтов по сравнению с группой монотерапии аторвастатином: 4% и 11% соответственно ($p=0,13$). Через год от начала исследования проходимость шунтов составила 85,7% (66 из 77) в основной группе и 72,6% (61 из 84) в группе контроля ($p=0,05$). Использование экстракорпорального лечения сопряжено со снижением риска окклюзии шунтов на 48%: относительный риск 0,52; 95% доверительный интервал 0,27-1,00; $p=0,05$.

Закключение:

Применение афереза липопротеидов после операции АКШ у больных с гиперлипидемией, рефрактерной к терапии статинами, сопровождается снижением риска окклюзии шунтов через год лечения по сравнению с монотерапией аторвастатином.

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

Нажалкина Н.М., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние терапии биспрололом и лизиноприлом на параметры эхокардиографии (ЭХОКГ) пациентов с суправентрикулярными (СВ) нарушениями ритма сердца (НРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК).

Материал и методы:

В исследовании участвовало 15 пациентов с СВ НРС (СВ экстрасистолии, пароксизмальная СВ тахикардия) на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 8 мужчин и 7 женщин, возраст 50,7±5,2 года. Исходно и через 6 месяцев терапии биспрололом в дозе 5,0±1,25 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 7,5±2,5 мг/сутки проводилась ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония). Статистическая обработка - методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (М), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при p<0,05.

Результаты:

Увеличивались ФВ ЛЖ (на 5,7%; p<0,01), скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на 9,2%; p<0,01), отношение VE к скорости трансмитрального диастолического потока A (VA) (VE/VA) (на 15,2%; p<0,01); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 3,1%; p<0,01), толщина задней стенки ЛЖ (на 4,6%; p<0,05) и МЖП (на 3,1%; p<0,01), передне-задний диаметр левого предсердия (на 2,3%; p<0,01), VA (на 3,8%; p<0,01), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 8,4%; p<0,05); не изменялось время замедления трансмитрального диастолического потока E (DTE).

Заключение:

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

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

Нажалкина Н.М., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние терапии биспрололом и лизиноприлом на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с суправентрикулярными (СВ) нарушениями ритма сердца (НРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК).

Материал и методы:

В исследовании участвовало 17 пациентов с СВ НРС (СВ экстрасистолии, пароксизмальная СВ тахикардия) на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН и сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ): 8 мужчин и 9 женщин, возраст 50,0±/-5,8 года. Исходно и через 6 месяцев терапии биспрололом в дозе 5,0±/-1,25 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 11,25±/-3,75 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 (М), 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 11,2%; p<0,01), не изменялось двойное произведение; увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на 17,4%; p<0,01).

Заключение:

У пациентов с СВ НРС и ХСН I-II ФК повышалась толерантность к физической нагрузке; ХСН не регистрировалась в 11% случаев, у 18% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ДИНАМИКУ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХСН У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

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

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

Введение (цели/задачи):

Изучение эффективности влияния высоких доз омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (4 грамма в сутки) на прогрессирование течения ХСН в течение года.

Материал и методы:

В исследование было включено 126 больных обоего пола, поступивших в стационар с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ), в течение первых 48 часов от начала заболевания. Пациенты контрольной группы (n=66), получали стандартную терапию ОИМ, включая аторвастатин в дозе 40 мг/сут, пациенты основной группы (n=60) дополнительно с первых суток получали препарат омега-3-ПНЖК - Омакор (Abbot, США) в дозе 4 грамма в сутки. Больные наблюдались в течение 12 месяцев по следующим конечным точкам: летальный исход, кровотечение, реинфаркт, ОНМК, ХСН, повторная госпитализация.

Результаты:

Исходно, обе группы по функциональному классу ХСН (по NYHA), значимо не различались (процент больных с ХСН ФК I-II в контрольной группе и в группе, получавшей Омакор составил 45,4% и 45,4%, а процент больных с ХСН ФК III-IV составил 22,7 и 31,8%, соответственно). В первый месяц, частота повторных госпитализаций по поводу прогрессирования ХСН не различалась (13,63% к 13,6%, соответственно), однако к концу 3-го месяца, процент больных, с дестабилизацией ХСН, в группе, не получавшей Омакор, значительно вырос, и составил 18,8% к 4,54% (p=0,01), в группе омега-3-полиненасыщенных жирных кислот. К концу второго полугодия, разрыв сохранялся и составил 31,8 к

Плавикс® и АСК в одной таблетке

Коплавикс®

Клопидогрел 75 мг / АСК 100 мг

Объединение
ради ЖИЗНИ

АСК — ацетилсалициловая кислота



Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция).
125009, Москва, ул. Тверская, 22. Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11. www.sanofi-aventis.ru

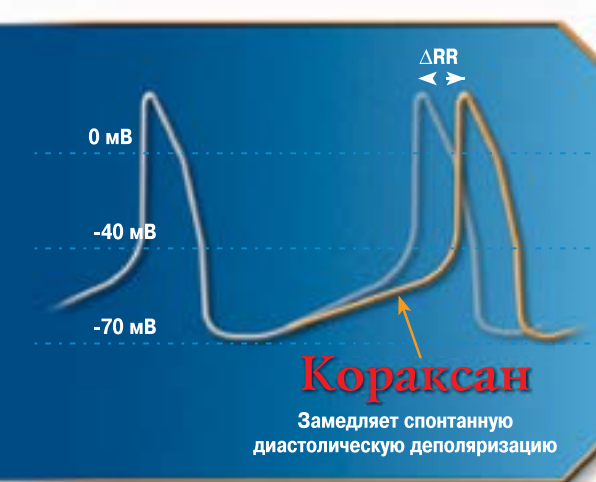
С ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ О ПРЕПАРАТЕ МОЖНО ОЗНАКОМИТЬСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

RU.CLO.13.11.15

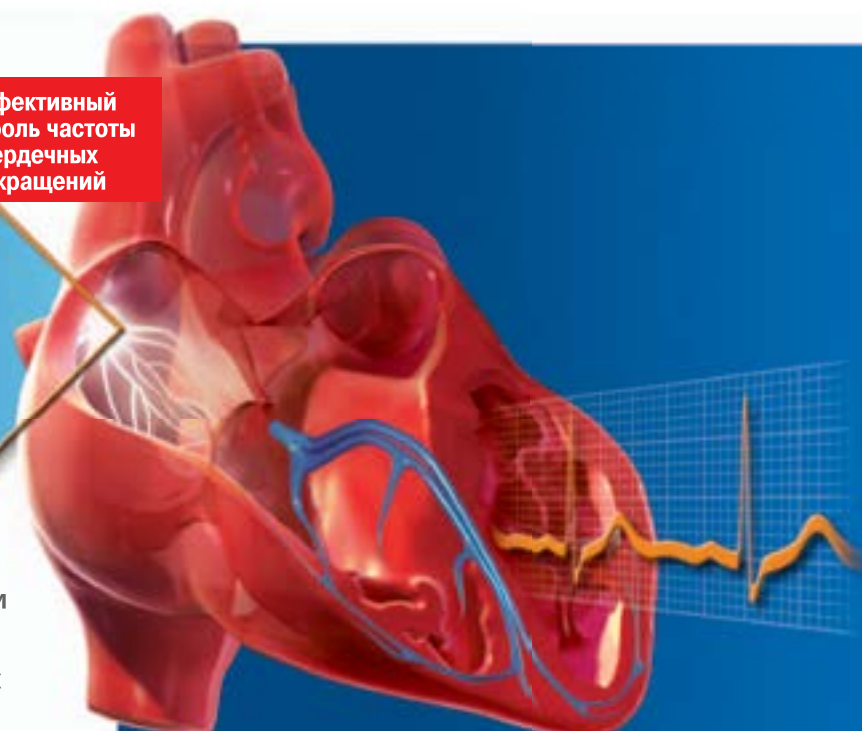
Для широкой клинической практики

Кораксан®

Ивабрадин



Эффективный
контроль частоты
сердечных
сокращений



- в монотерапии при непереносимости или противопоказаниях к бета-блокаторам^{1,2}
- в комбинации с бета-блокаторами при их недостаточной эффективности³
- при хронической сердечной недостаточности⁶

Краткая инструкция по применению препарата Кораксан® (ивабрадин)

Ивабрадин – селективный и специфический ингибитор If-каналов синусового узла. Основной фармакологической особенностью ивабрадина является способность дозозависимого урежения частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Показания к применению: стабильная стенокардия у пациентов с нормальным синусовым ритмом в монотерапии или в комбинации с β-адреноблокаторами; хроническая сердечная недостаточность: у пациентов с синусовым ритмом и ЧСС не менее 70 уд/мин.

Дозировка и способ применения: внутрь, 2 раза в сутки, утром и вечером во время приема пищи. Рекомендуемая начальная доза препарата 10 мг/сут. Через 3-4 недели суточная доза может быть увеличена до 15 мг/сут.

Противопоказания*: повышенная чувствительность к ивабрадину или любому из вспомогательных веществ; брадикардия до начала лечения; кардиогенный шок; острый инфаркт миокарда; тяжелая артериальная гипотензия; тяжелая печеночная недостаточность; синдром слабости синусового узла; синоатриальная блокада; наличие искусственного водителя ритма; нестабильная стенокардия; атриовентрикулярная (AV) блокада III степени; одновременное применение с мощными ингибиторами изоферментов системы цитохрома P450 3A4 (кетоназол, итраконазол), антибиотиками группы макролидов, ингибиторами ВИЧ протеазы; возраст до 18 лет (не изучено); дефицит лактазы, непереносимость лактозы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции, беременность и период лактации.

Побочные действия*: наиболее часто встречающимися побочными эффектами являются: изменения световосприятия (фотопсия), нечеткость зрения, брадикардия, AV блокада I степени; желудочковая экстрасистолия, головная боль, головокружение.

Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг и 7,5 мг. По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). По 1, 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.

*Полная информация по препарату в инструкции по применению.

Регистрационное удостоверение: ЛС-000885

Представительство АО «Лаборатории Сервье»:

115054, г. Москва, Павелецкая пл. д.2, стр.3

Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701



Кораксан:

- устраняет приступы стенокардии¹
- улучшает переносимость физических нагрузок^{2,3}
- снижает риск коронарных осложнений^{4,5}
- достоверно уменьшает риск госпитализаций и смерти от ХСН⁶

Независимо
от предшествующей терапии!



на правах рекламы

1. Tardif J.C. et al. *Eur Heart J*. 2005;26:2529-2536.
2. Borer J.S. et al. *Circulation*. 2003; 107:817-823.
3. Tardif J.C. et al. *Eur Heart J*. 2008; 29 (suppl) 386.
4. Fox K. et al. *Lancet on line*, 31 August, 2009.
5. Fox K. et al. *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehp358.
6. Swedberg K., Komajda M., Bohm M. et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet*. 2010;376: 875-885

1 таблетка утром,
1 таблетка вечером

13,6 % ($p=0,03$), соответственно, и на 12-й месяц процент госпитализаций, по поводу прогрессирования ХСН в группе Омакора составил 4,5 %, от общего количества больных, тогда как в контрольной группе, было госпитализировано до 19% пациентов.

Заключение:

Введение в стандартную терапию, на фоне приема аторвастатина 40 мг/сут, омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в дозе 4 гр/сут, позволяет добиться снижения частоты прогрессирования ХСН на 14,26 % в первый же месяц после острого инфаркта миокарда, с сохранением положительной динамики в течение года.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОСПЕЦИФИЧНОГО УДАЛЕНИЯ ЛИПОПРОТЕИДА(А) НА БИОМАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС

Сафарова М.С., Афанасьева О.И.,
Уткина Е.А., Адамова И.Ю., Ежов М.В.,
Коновалов Г.А., Покровский С.Н.

ФГБУ "РКНПК" МЗ и РФ,
Медицинский центр "МЕДСИ", Москва

Введение (цели/задачи):

Проанализировать влияние экстракорпорального удаления липопропротеида(а) [Лп(а)] на уровень маркеров атеросклероза и воспаления.

Материал и методы:

В исследование было включено 43 больных стабильной ИБС (средний возраст 54 ± 15 лет, 65% мужчины) с уровнем Лп(а) ≥ 50 мг/дл и холестерином липопропротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) $\leq 2,6$ ммоль/л на фоне аторвастатина. У пятнадцати больных из основной группы помимо оптимальной медикаментозной терапии проводился специфический Лп(а) аферез на колонках «Лп(а) Липопак»® (НПФ ПОКАРД, Россия) 1 раз в неделю. Исходно и через 18 месяцев было выполнено исследование уровней высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ), липопропротеид-ассоциированной фосфолипазы А2 (Лп-ФЛА2) и окисленных ЛНП (окЛНП) в сыворотке крови.

Результаты:

Группы были сопоставимы по распределению традиционных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. В группе афереза уровень Лп(а) составил 107 ± 27 мг/дл, ХС ЛНП $2,2 \pm 0,2$ ммоль/л, у больных контрольной группы – 95 ± 46 мг/дл и $2,3 \pm 0,3$ ммоль/л, соответственно. Специфический Лп(а) аферез приводил к снижению Лп(а) в среднем на $73 \pm 5\%$ до 29 ± 16 мг/дл, в то время как содержание ХС ЛНП, скорректированного по уровню Лп(а), существенно не изменялось (снижение на $7 \pm 3\%$ до $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л). Показатели липидного профиля в группе монотерапии аторвастатином значимо не менялись на протяжении всего исследования. Через 18 месяцев наблюдения в группе Лп(а) афереза концентрация Лп-ФЛА2 снизилась в среднем на 41% (-52% – -22% , $p=0,0005$), вЧСРБ – на 38% (-54% – -20% , $p=0,003$), тогда как уровень окЛНП существенно не изменился (-13% ; -29% – 26% , $p=0,26$). Была установлена прямая связь между степенью снижения Лп(а) и уменьшением среднего диаметра стеноза коронарной артерии ($r=0,33$, $p < 0,05$).

Заключение:

Впервые в проспективном клиническом исследовании нами была показана связь между изолированным снижением Лп(а) и уровнем вЧСРБ и Лп-ФЛА2, что подтверждает участие Лп(а) в процессах атеросклероза и воспаления.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карлов А.А., Мазур Н.А., Карлова Н.А.

Кафедра кардиологии РМАПО

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние снижения АД до целевого уровня на состояние кровотока в артериях нижних конечностей при наличии гемодинамически значимых стенозов.

Материал и методы:

Включено 29 больных с гипертонической болезнью (ГБ), у которых при ультразвуковом обследовании были выявлены гемодинамически значимые стенозы артерий нижних конечностей ($\geq 60\%$, одной или нескольких локализаций). Средний возраст больных – 68 лет: 23 мужчины и 7 женщин. Давность ГБ составляла в среднем 16 лет. Большинство пациентов имели ИБС: стенокардия II–IV функционального классов была у 25 пациентов (83,3%), 14 больных имели в анамнезе инфаркт миокарда, 10 перенесли операцию коронарного шунтирования или коронарное стентирование. Все пациенты помимо ГБ имели иные факторы риска развития атеросклероза (дислиппротеидемия, сахарный диабет, длительный анамнез курения). До включения в исследование все больные принимали гипотензивные препараты, но их эффективность не была достаточной. Артериальное давление оценивалось при офисном измерении и при суточном мониторинговании АД (СМАД). Для оценки кровообращения в артериях нижних конечностей определялся лодыжечно-плечевого индекс (ЛПИ). Проводилось специальное тестирование с использованием модифицированной анкеты нарушения ходьбы (WIIQ), которая позволяла оценить толерантность к нагрузкам и качество жизни. Всем пациентам подбирались гипотензивная и антиангинальная терапия с использованием антагонистов кальция, β -адреноблокаторов, иАПФ. Амлодипин, использовался у всех больных, средняя доза составила 8,45 мг/сутки (от 5 до 10 мг/сутки). Бисопролол, использовался у 24 больных, средняя доза составила 5,63 мг/сутки (от 5 до 10 мг/сутки). Лизиноприл, был назначен 20 больным, средняя доза равнялась 13,4 мг/сутки (от 10 до 20 мг/сутки). Кроме того, всем пациентам назначались статины (под контролем параметров биохимического анализа крови), а после стабилизации АД, аспирин в дозе 100 мг/сутки.

Результаты:

До начала лечения и через 6 месяцев на фоне терапии оценивалось офисное АД и среднее АД за сутки, определялся лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) при помощи метода объемной сфигмометрии (прибор VaSera VS -1000). Для оценки клинических проявлений заболевания проводилось анкетирование с использованием модифицированного опросника нарушения ходьбы (The Walking Impairment Questionnaire (WIIQ)), который позволяет оценить затруднения, возникающие у пациентов при нагрузке. Исходный уровень офисного АД составил в среднем 156/88 мм рт.ст., среднесуточное АД по данным СМАД – 138/81 мм рт.ст. На фоне подобранной терапии через 6 месяцев уровень офисного АД снизился и составил в среднем 125/76 мм рт.ст., среднесуточное АД – 119/71 мм рт.ст. Уровень ЛПИ исходно составлял в среднем 0,77, через 6 месяцев – 0,78 (не отмечалось достоверного изменения данного параметра, $p > 0,05$). Анализ анкетирования WIIQ после 6 месяцев лечения по сравнению с исходными данными

ми показал улучшение самочувствия у всех больных, увеличение толерантности к физическим нагрузкам. Характерно, что это происходило как за счет уменьшения клиники перемежающейся хромоты, так и за счет регресса стенокардии.

Заключение:

Таким образом, можно сделать вывод, что у больных ГБ высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, сочетающейся с атеросклерозом артерий нижних конечностей, при снижении АД до целевого уровня не происходит ухудшения кровотока в пораженных артериях. Назначение адекватной гипотензивной и антиангинальной терапии не ухудшает качество жизни, а приводит к его улучшению за счет увеличения толерантности к нагрузкам. В тоже время, контроль уровня артериального давления, наряду с коррекцией других факторов риска развития атеросклероза, могут улучшить прогноз жизни этой категории пациентов. Следовательно, терапия у этой категории больных должна проводиться в полном объеме.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Корягина Н.А., Петрищева А., Василец Л., Туев А.В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние триметазидина на качество жизни женщин с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Материал и методы:

60 женщин с ХСН ишемического генеза II–III ФК (NYHA) в возрасте 63,2±4,5 лет были разделены на две группы. 1 группа (n=30) в дополнение к стандартной терапии ХСН получали триметазидин по 35 мг 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Пациенты 2 группы (n=30) находились на базисной терапии. Определение качества жизни проводилось с помощью Миннесотского опросника по ХСН исходно и через 6 месяцев непрерывного приема триметазидина. 0 баллов соответствовало наилучшему КЖ, 105 баллов – наихудшему.

Результаты:

На фоне добавления триметазидина к стандартной терапии ХСН среднее количество баллов в 1 группе уменьшилось на 27,4±15,5%, а во 2-й – на 9,7±6,5% (p<0,01).

Заключение:

Добавление триметазидина к стандартной терапии сердечной недостаточности положительно влияет на качество жизни у женщин, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КАРДИОРЕНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Сабирова Э.Ю., Перминова О.Н.

Кировская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Цель: Изучить влияние курения на кардиоренальную систему пациентов, перенесших АКШ.

Материал и методы:

Проанализированы истории болезни мужчин, перенесших АКШ: 1 группа–34 курящих пациента после АКШ, 2 группа–56 некурящих пациента после АКШ. Возраст пациентов 1 группы–58 [54;62] лет, 2 группы–57,5 [54;61] лет (p=0,488). Давность операции в 1 группе–6 лет [4;10] лет, во 2 группе–5 [4;8,5] лет (p=0,369). ИМТ в 1 группе–26,0 [25,0;28,0] кг/м² во 2 группе–27,0 [26,0;30,0] кг/м² (p=0,157). Все пациенты после АКШ получали терапию согласно стандартам. Изучены БХ крови, Эхо-КГ, УЗИ почек, СМАД.

Результаты:

Установлено отсутствие симптомов стенокардии в 1 группе у 38%, во 2 группе у 48%; 1 ФК в 1 группе у 24%, во 2 группе у 29%; 2 ФК в 1 группе–35%, во 2 группе–16%; 3 ФК в 1 группе–3%, во 2 группе–5%. Установлена ХСН I стадии в 1 группе у 59%, во 2 группе–54%; IIa стадия в 1 группе–41%, во 2 группе – 44%, IIb стадия только во 2 группе у 2%. ХСН 1 ФК выявлена в 1 группе–88%, 2 группе–78%; 2 ФК в 1 группе–9%, во 2 группе–21%; 3 ФК в 1 группе–3%, во 2–1%. По БХ крови выявлено: креатинин: 1 группы–95 [85;104] мкмоль/л, 2 группы–89 [83;100] мкмоль/л (p=0,170); общий белок: в 1 группе–70,6 [67,6;76,3] г/л, во 2 группе–73 [70,9;76,1] г/л (p=0,088), калий: 1 группы–4,46 [4,3;4,8] ммоль/л, 2 группы–4,45 [4,14;4,65] ммоль/л (p=0,314). СКФ в 1 группе–89,2 [75,0;99,3] мл/мин, 2 группа–105,7 [97,3;114,6] мл/мин (p=0,033). По ЭхоКГ СрДЛА у 1 группы–21,3 [19,0;23,1] мм.рт.ст., а у 2 группы–18,0 [17,8;20,3] мм.рт.ст. (p=0,001). По данным УЗИ почек выявлено: МКБ в 1 группе–9%, во 2–11%; нефроптоз в 1 группе–9%, во 2–4%; кисты в 1 группе–14%, во 2–9%. Среднее АД у курящих 130/90 [121/85;140/90] мм.рт.ст., у некурящих 120/80 [115/70;127/80] мм.рт.ст. (p=0,0005).

Заключение:

У курящих пациентов после АКШ достоверно хуже клиническое состояние сердечно-сосудистой системы, выше АД и снижена функция почек, чем у некурящих. Выявлена легочная гипертензия у курящих пациентов после АКШ.

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Еремина М.А., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

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

Материал и методы:

В исследовании участвовало 18 пациентов с ПФП на фоне гипертонической болезни (ГБ) и/или ишемической болезни сердца (ИБС) с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 9 мужчин и 9 женщин, возраст 53,2±2,2 года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе 5,8±1,6 мг/сутки и лизиноприлом в дозе 8,2±2,8 мг/сутки проводилась ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония). Статистическая обработка – методами вариационной статистики с расчетом средней арифмети-

ческой (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Увеличивалась скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на 33,9%; $p < 0,02$), уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 2,8%; $p < 0,01$), толщина задней стенки ЛЖ (на 7,1%; $p < 0,03$), передне-задний размер левого предсердия (на 4,8%; $p < 0,05$), скорость трансмитрального диастолического потока A (VA) (на 13,5%; $p < 0,02$), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на 11,1%; $p < 0,03$); существенно не изменялись время замедления трансмитрального диастолического потока E (DTE), ФВ ЛЖ.

Заключение:

Динамика отражает улучшение структурного и функционального состояния сердца пациентов с ПФП и ХСН I-II ФК на фоне ГБ и/или ИБС.

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

Еремина М.А., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

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

Материал и методы:

В исследовании участвовало 18 пациентов с ПФП на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и/или гипертонической болезни (ГБ) с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 9 мужчин и 9 женщин, возраст $53,2 \pm 2,2$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе $5,8 \pm 1,6$ мг/сутки и лизиноприлом в дозе $8,2 \pm 2,8$ мг/сутки проводились тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R.Bruse для подтверждения/исключения скрытой коронарной недостаточности и тест с 6-минутной ходьбой по стандартному протоколу для 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:

Уменьшалось двойное произведение (на 12,8%; $p < 0,02$); увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на 15,7%; $p < 0,01$); существенно не изменялась максимальная нагрузка. При этом ХСН не регистрировалась в 11,3% случаев, у 31% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

Заключение:

Результаты отражают повышение толерантности к физической нагрузке у пациентов с ПФП и ХСН I-II ФК на фоне ГБ и/или ИБС.

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

Нажалкина Н.М., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние терапии небивололом и лизиноприлом на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с наджелудочковыми нарушениями ритма сердца (НЖНРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК).

Материал и методы:

В исследовании участвовало 16 пациентов с НЖНРС на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни с ХСН и сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ): 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 $11,5 \pm 4,7$ 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 10,3%; $p < 0,01$), не изменялось двойное произведение; увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на 18,1%; $p < 0,01$).

Заключение:

У пациентов с НЖНРС и ХСН I-II ФК повышалась толерантность к физической нагрузке; ХСН не регистрировалась в 10% случаев, у 17% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-II ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Нажалкина Н.М., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние терапии небивололом и лизиноприлом на параметры эхокардиографии (ЭХОКГ) пациентов с наджелудочковыми нарушениями ритма сердца (НЖНРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК).

Материал и методы:

В исследовании участвовало 16 пациентов с НЖНРС на фоне ишемической болезни сердца и/или гипертонической болез-

ни с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 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 11,5 $\pm$ 4,7 мг/сутки проводилась 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:

Увеличивались ФВ ЛЖ (на 6,4%; $p < 0,01$), скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на 10,4%; $p < 0,01$), отношение VE к скорости трансмитрального диастолического потока A (VA) (VE/VA) (на 16,5%; $p < 0,01$); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 3,4%; $p < 0,01$), толщина задней стенки ЛЖ (на 5,2%; $p < 0,05$) и МЖП (на 3,5%; $p < 0,01$), передне-задний диаметр левого предсердия (на 2,6%; $p < 0,01$), VA (на 4,8%; $p < 0,01$), 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 НЖНРС и ХСН I-II ФК.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Грунченко М.Н., Несен А.А., Тверетинов А.Б.,
Валентинова И.А., Чирва О.В.

ГУ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТЕРАПИИ
им. Л.Т. Малой НАМН Украины

Введение (цели/задачи):

Выявление наиболее неблагоприятных сочетаний функциональной патологии в молодом возрасте путем оценки их влияния на показатели качества жизни у данной категории больных.

Материал и методы:

Обследовано 139 студентов (средний возраст 21,2 $\pm$ 0,3 лет). Нейроциркуляторная дистония (НЦД) устанавливалась с использованием опросников Вейна, функциональные заболевания органов пищеварения (ФЗОП) – в соответствии с критериями Rome Criteria III (2006), качество жизни респондентов – с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey» (SF-36).

Результаты:

Показатели качества жизни были ниже у пациентов с ФЗОП. Значения PF «физическое функционирование» практически не отличались в группах. RP «ролевое функционирование» ниже в группах OS ($p < 0,05$) и НЦД+СРК ($p < 0,001$). Наличие ФЗОП ухудшило BP «интенсивность боли» во всех группах больных с НЦД ($p < 0,05$). GH «общее состояние здоровья» был выше в группах – НЦД без ФЗОП и здоровых лиц. Снижение VT «жизненной активности» характерно для НЦД+СРК, ($p < 0,05$) и OS ($p < 0,001$). Сочетание НЦД и СРК снижало VT «жизненной активности» по сравнению с НЦД без ФЗОП, ($p < 0,05$). Выше оказался SF «социальное функционирование». Снижение RE «ролевое функционирование, обусловленное «эмоциональным состоянием» наблюдалось у НЦД+СРК и OS ($p < 0,001$). ФД также снижала RE у больных, по сравнению с лицами без

ФЗОП ($p > 0,05$). Распределение уровней МН «психического здоровья» имело схожую картину. Различия МН у пациентов с СРК и OS по сравнению с лицами с НЦД и без ФЗОП статистически достоверны ($p < 0,05$). Наличие у лиц молодого возраста только НЦД без сопутствующей ФЗОП, обуславливало снижение всех компонентов качества жизни ($p < 0,05$). Выражено снижение МН sum «психологического компонента здоровья» во всех группах.

Заключение:

Наиболее выраженное снижение установлено для таких показателей качества жизни, как RP, GH, VT, RE и МН, что в большей степени было характерно для групп НЦД+СРК и OS.

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ВЕЛИЧИНУ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Азизов В.А.О., Керимова Э.З.Г.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, БАКУ

Введение (цели/задачи):

Целью данного исследования явилось изучение влияния показателей углеводного обмена на величину риска инфаркта миокарда 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). Всем больным, включенным в исследование, определяли уровень гликемии натощак с помощью аппарата PrecisionPCxMediSense (Abbot, США) и уровень HbA1c на аппарате NycocardII (Axis-Shield, Норвегия). 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 $\leq 9,9\%$; повышенный (ПР) – если он находится в пределах от 10,0% до 19,9%; высокий (ВР) – если величина риска ИМ $\geq 20\%$. 55,1 $\pm$ 0,42). Всем больным, включенным в исследование, определяли уровень гликемии натощак с помощью аппарата PrecisionPCxMediSense (Abbot, США) и уровень HbA1c на аппарате NycocardII (Axis-Shield, Норвегия). 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 $\leq 9,9\%$; повышенный (ПР) – если он находится в пределах от 10,0% до 19,9%; высокий (ВР) – если величина риска ИМ $\geq 20\%$.

Результаты:

В общей группе больных СД типа 2 в подгруппе НР гликемия натощак была равна 199,5 $\pm$ 6,08 мг/дл, в подгруппе ПР-195,3 $\pm$ 6,73 мг/дл и в подгруппе ВР-210,4 $\pm$ 6,69 мг/дл ($r=+0,06$; $p > 0,05$); уровень HbA1c в подгруппе НР составил 9,5 $\pm$ 0,15%, в подгруппе ПР-9,6 $\pm$ 0,22%, а в подгруппе ВР-9,8 $\pm$ 0,24% ($r=+0,03$; $p > 0,05$). Уровень гликемии натощак у женщин в подгруппе НР был равен 189,7 $\pm$ 7,17 мг/дл, в подгруппе ПР-184,6 $\pm$ 9,38 мг/дл, в подгруппе ВР-200,8 $\pm$ 7,45 мг/дл ($r=+0,06$; $p > 0,05$); уровень HbA1c подгруппе НР составил 9,65 $\pm$ 0,21%, в подгруппе ПР- 9,8 $\pm$ 0,32%, а в подгруппе ВР-10,0 $\pm$ 0,31% ($r=+0,04$; $p > 0,05$). У муж-

чин, больных СД типа 2, концентрация глюкозы в крови натощак в подгруппе НР была равна $209,3 \pm 9,85$ мг/дл, в подгруппе ПР $203,7 \pm 9,49$ мг/дл, а в подгруппе ВР – $225,8 \pm 12,49$ мг/дл ($r=+0,11$; $p>0,05$); уровень HbA1c в подгруппе НР был равен $9,3 \pm 0,23\%$, подгруппе ПР – $9,3 \pm 0,33\%$, в подгруппе ВР он был равен $9,6 \pm 0,34\%$ ($r=+0,03$; $p>0,05$). Результаты корреляционного анализа в общей группе, в группе женщин и в группе мужчин не выявили наличия статистически значимой взаимосвязи между показателями углеводного обмена и величиной риска ИМ.

Заключение:

Гликемия натощак и гликогемоглобин не оказывают непосредственного влияния на величину риска инфаркта миокарда у больных СД типа 2.

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

Шубитидзе И.З., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние терапии соталолом и лизиноприлом на параметры эхокардиографии (ЭХОКГ) пациентов с желудочковыми нарушениями ритма сердца (ЖНРС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК).

Материал и методы:

В исследовании участвовало 20 пациентов с ЖНРС (I-IV градаций по B.Low; II-III групп по J.Bigger) на фоне гипертонической болезни (ГБ) и/или ишемической болезни сердца (ИБС) с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 10 мужчин и 10 женщин, возраст $50,8 \pm 2,4$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии соталолом в дозе $160 \pm 117,6$ мг/сутки и лизиноприлом в дозе $6,7 \pm 3,2$ мг/сутки проводилась 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:

Увеличивалась скорость трансмитрального диастолического потока E (VE) (на $31,2\%$; $p<0,01$), уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на $2,6\%$; $p<0,03$), толщина задней стенки ЛЖ (на $6,8\%$; $p<0,04$), передне-задний размер левого предсердия (на $4,2\%$; $p<0,01$), скорость трансмитрального диастолического потока A (VA) (на $12,8\%$; $p<0,01$), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) (на $10,2\%$; $p<0,05$); существенно не изменялись время замедления трансмитрального диастолического потока E (DTE), ФВ ЛЖ.

Заключение:

Динамика отражает улучшение структурного и функционального состояния сердца пациентов с ЖНРС и ХСН I-II ФК на фоне ГБ и/или ИБС.

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

Шубитидзе И.З., Трегубов В.Г.

ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края,
г. Краснодар

Введение (цели/задачи):

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

Материал и методы:

В исследовании участвовало 20 пациентов с ЖНРС (I-IV градаций по B.Low; II-III групп по J.Bigger) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и/или гипертонической болезни (ГБ) с ХСН и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ): 10 мужчин и 10 женщин, возраст $50,8 \pm 2,4$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии соталолом в дозе $160 \pm 117,6$ мг/сутки и лизиноприлом в дозе $6,7 \pm 3,2$ мг/сутки проводились тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R.Bruce для подтверждения/исключения скрытой коронарной недостаточности и тест с 6-минутной ходьбой по стандартному протоколу для определения ФК ХСН. Статистическая обработка выполнена 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:

Уменьшалось двойное произведение (на $11,9\%$; $p<0,01$); увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на $14,3\%$; $p<0,01$); существенно не изменялась максимальная нагрузка. При этом ХСН не регистрировалась в $10,7\%$ случаев, у 25% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

Заключение:

Результаты отражают повышение толерантности к физической нагрузке у пациентов с ЖНРС и ХСН I-II ФК на фоне ГБ и/или ИБС.

ВОЗМОЖНОСТИ В ТЕРАПИИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ

Красников А.В., Шведков В.В., Шабалина А.А.,
Костырева М.В., Ионова В.Г.

ФГБУ Научный центр неврологии РАМН

Введение (цели/задачи):

Целая когорта исследований показала, что повышенный уровень гомоцистеина является фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф. Учитывая коморбидность мигрени и гипергомоцистеинемии (ГГЦ), представляется важным оценить возможности коррекции уровня гомоцистеина у данной категории больных.

Материал и методы:

В исследование включено 22 пациента (14 женщин и 8 мужчин) с мигренью с диагностированной ГГЦ, средний возраст был 36 ± 12 лет. Повышение уровня гомоцистеина в пределах

16-30 мкмоль/л расценивалось как умеренная ГГЦ, а в пределах 30-100 мкмоль/л как ГГЦ средней степени (референсные значения 5-15 мкмоль/л). Всем пациентам проводилась стандартная терапия препаратами содержащими фолиевую кислоту, витамины B6 и B12 в течение 1.5 месяцев. Помимо этого давались рекомендации по коррекции образа жизни (употребление продуктов богатых фолатом, витаминами группы B, отказ от курения, чрезмерного употребления алкоголя и кофе). В сроки от 12 до 16 недель проводился повторное определение уровня гомоцистеина.

Результаты:

При первичном исследовании среднее значение гомоцистеина было 26 ± 11 мкмоль/л. У большинства пациентов (73%) определялась умеренная степень ГГЦ, а в 27% случаев повышение уровня гомоцистеина было средней степени. У мужчин средний уровень ГГЦ был выше, чем у женщин - 31 и 23 мкмоль/л, соответственно. В свою очередь частота приступов и форма мигрени не влияли на уровень ГГЦ. После проведения курса медикаментозного лечения и коррекции в образа жизни, проводилось повторное определение гомоцистеина, где было показано отчетливое снижение его уровня в 95% случаев. Средний уровень гомоцистеина после лечения составил 14 ± 11 мкмоль/л. При этом в 77% случаев показатели гомоцистеина пришли в норму, умеренная ГГЦ отмечалась в 14%, а ГГЦ средней степени в 9%. В одном случае отмечалось повышение уровня гомоцистеина с 54 до 59 мкмоль/л, что было обусловлено мутацией в гене MTHFR C677T, гомозиготной по мутантному гену TT.

Заключение:

Таким образом, полученные в настоящем исследовании результаты показали эффективность комплексного лечения гипергомоцистеинемии разной степени выраженности у пациентов с мигренью. А если брать в расчет данные, что снижение или нормализация уровня гомоцистеина, позволяет снижать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, то полученные показатели становятся еще более значимыми.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

СЕРГЕЕВА В.А., МАЙОРОВА С.В.

ГБОУ ВПО САРАТОВСКИЙ ГМУ им. В.И. РАЗУМОВСКОГО

Введение (цели/задачи):

Рост распространенности в популяции такого вида аритмии, как фибрилляции предсердий (ФП), сопряжен с увеличением числа смертей от кардиоэмболических инсультов, являющихся основной причиной высокой летальности среди таких пациентов, и требует своевременной диагностики аритмии, которая зачастую остается малосимптомной. В связи с этим, внезапная смерть от КЭИ может быть первым проявлением ФП. С учетом увеличения распространенности ФП с возрастом, выявление особенностей клинических проявлений ФП в разных возрастных группах представляет интерес с точки зрения своевременной диагностики у них аритмии и назначения как необходимой антиаритмической, так и антитромботической терапии.

Материал и методы:

С целью оценки возрастных различий в клинических проявлениях ФП обследовано 100 пациентов с ФП, находящихся на стационарном лечении в ОКБ г. Саратова.

Пациенты были поделены на 3 возрастные группы согласно классификации ВОЗ. Первую составили мужчины до 61 года и женщины до 55 лет – 31% от общего числа пациентов, вторую – мужчины от 61 до 75 лет и женщины от 56 до 75 лет – 50% от общего числа пациентов и третью – пациенты обоих полов от 75 лет и старше, составившие 19 % от общего числа обследованных. Средний возраст пациентов в первой группе составил $53,33 \pm 1,2$ года, во второй группе – $68,67 \pm 0,6$ лет, в третьей – $80,28 \pm 1,1$ лет.

Результаты:

В наиболее «молодой» группе пациентов среди преобладающих причин развития ФП у 13% была выявлена дисфункция щитовидной железы, у 10% – перенесенный миокардит, у 19% – в анамнезе имелся инфаркт миокарда. Во второй группе увеличился % пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (24%) в качестве причины развития ФП, у 22% обследованных также имелась дисфункция щитовидной железы. В «старшей» возрастной группе значительно преобладала категория больных, перенесших инфаркт миокарда, по сравнению с предыдущими группами (53%), у 26% обследованных этой же группы также выявлены заболевания щитовидной железы, оставшиеся пациенты страдали атеросклеротической болезнью сердца. По форме ФП в первой группе пациентов 13% имело пароксизмальную форму, 55% – персистирующую, 32% – постоянную форму; во второй группе – 8% имело пароксизмальную, 44% – персистирующую, 48% – постоянную форму ФП; в третьей группе пароксизмальной формы ФП выявлено не было, у пациентов в 47% случаев выявлена длительная персистирующая форма ФП, у 53% – постоянная форма ФП. Таким образом, с возрастом отмечается тенденция к «закреплению» ФП и преобладанию постоянной формы ФП. При оценке клинических проявлений ФП использовалась шкала EHRA. Было получено, что в группе «молодых» пациентов 42% отмечали легкие симптомы аритмии, соответствующие I и II классам, 58% – III и IV классов. В средней группе – только 22% отмечало легкие симптомы I и II классов, тогда как тяжелые клинические проявления (III, IV классы) – 78%. В старшей группе – в 21% случаев пациенты отмечали симптомы II класса, оставшиеся 79% предъявляли жалобы на тяжелые симптомы, связанные с ФП, соответствующие III и IV классам по EHRA. С целью выяснения, при какой форме ФП отмечаются наиболее тяжелые симптомы аритмии, мы оценили внутри каждой возрастной группы частоту встречаемости классов EHRA при разных формах ФП. Так, в первой группе оказалось, что наиболее тяжелые симптомы аритмии присущи пациентам с пароксизмальной формой ФП, в 100% случаев пациенты отмечали при пароксизмах ФП тяжелые симптомы аритмии, при постоянной форме ФП – такие симптомы отмечались в половине случаев. Во второй группе наиболее тяжелые симптомы аритмии выявлялись у 86% пациентов с персистирующей формой ФП, при постоянной – у 71% пациентов, в третьей группе отмечалось обратная закономерность, и преобладали тяжелые симптомы у пациентов с постоянной формой ФП (в 90% случаев). Помимо оценки тяжести клинических проявлений ФП мы оценили «готовность» пациентов к симптомам аритмии, опросив их на предмет предпринимаемых действий при ухудшении состояния, связанного с развитием пароксизма аритмии либо учащения ЧСС при постоянной форме ФП. Так, в группе мужчин до 61 года и женщин до

55 лет, 26% сразу вызывают скорую помощь либо обращаются к врачу, 61% - принимает тот или иной антиаритмический препарат, оставшиеся 13% - ничего не предпринимают. В группе пациентов - мужчин от 61 до 75 лет и женщин от 56 до 75 лет - 24% вызывают скорую помощь, 68% - принимают антиаритмик, 8% - ничего не предпринимают. В группе пациентов от 75 лет и старше 26% прибегают к помощи врача или вызывают скорую помощь, 42% самостоятельно принимают антиаритмические препараты, 32% - ничего не предпринимают. Таким образом, прослеживается общая тенденция во всех группах, что около четверти пациентов прибегают к медицинской помощи при симптомах аритмии, наибольшее же число пациентов, остающихся без внимания врачей на фоне ухудшения состояния при ФП, находятся в возрастной группе старше 75 лет.

Заключение:

В группе пациентов - мужчин до 61 года и женщин до 55 лет отмечается наибольшее число пациентов с пароксизмальной формой ФП, у пациентов мужчин от 61 до 75 лет и женщин от 56 до 75 лет, практически в равном соотношении встречаются персистирующая и постоянная формы ФП, в группе пациентов старше 75 лет прослеживается тенденция к преобладанию постоянной формы ФП. С возрастом ухудшается переносимость симптомов аритмии при ФП; наибольшее число пациентов с тяжелыми проявлениями ФП выявлено в группе старше 75 лет. Несмотря на то, что постоянная форма ФП предполагает длительное существование симптомов аритмии, у пациентов с возрастом не прослеживается закономерности в «привыкании» к симптомам ФП. У мужчин до 61 года и женщин до 55 лет с ФП наиболее тяжелые симптомы (III и IV классов по EHRA) отмечаются у пациентов с пароксизмальной формой аритмии; у мужчин от 61 до 75 лет и женщин от 56 до 75 лет наибольший % тяжелых симптомов пришелся на категорию пациентов с персистирующей формой ФП, у мужчин и женщин старше 75 лет наиболее тяжело переносится ФП при постоянной форме. Известно, что наиболее трудным в ведении пациентов с ФП является «бессимптомность» аритмии, которая не способствует приверженности проводимой антиаритмической и антитромботической терапией у таких пациентов. Как показало наше исследование, весьма существенной остаётся также проблема наблюдения и адекватного лечения пациентов старших возрастных групп, в которых имеется наибольшее количество пациентов с тяжелыми симптомами ФП, не обращающихся за медицинской помощью вовремя при ухудшении состояния.

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

Андреичев Н.А.

КГМУ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить временные параметры электрического поля сердца при переднем 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 переднем ИМ (9чел.).

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 $7,80 \pm 0,37$ в точке (т.) III-6 и по продолжительности (пр.) он больше, чем в КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца (НП и ГП ЭОС) ($p < 0,001$). Соотношение ПС и ПП равно $0,58 \pm 0,14$. Минимум (min) соотношения этой ф. расположен в т. IV-3,4. 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 $8,70 \pm 0,70$, а по з. QS - $9,70 \pm 0,64$ (достоверно отличаются по пр. от КГ с НП и ГП ЭОС). В т. II-2 - добавочный тах пр. ($6,80 \pm 0,51$). Min по ЭН ф. ПС<ПП находятся по 9 и 18 линии (изменение границ ф. связано с изменением РВВ при ИМ). При РВВ справа налево пр. з. S увеличивается от т. VI-18 по направлению к тах и уменьшается к т. I-9 и VI-9, справа и слева примыкая к ф. ПС=ПП. Мах для ПС ф. ПС<ПП не совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-2 ($3,50 \pm 0,45$). Мах для ПП ф. ПС<ПП совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-3 ($5,10 \pm 0,51$). Мах для ПС, тах для ПП и общей пр. з. S ф. ПС<ПП находятся в рядом расположенных т. (максимальный охват возбуждения в т. тах при 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.

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

Андреичев Н.А.

КГМУ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить временные параметры электрического поля сердца при переднем 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 переднем ИМ (9 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 $3,10 \pm 0,33$ в точке (т.) VI-9. Соотношение ПН к ПС равно $1,72 \pm 0,50$ (тах). Минимумы (min) по ЭП ф. ПН>ПС находятся в нижнеправой части передней поверхности грудной клетки (ГК). Min в т. V-7 ($1,30 \pm 0,34$). Соотношение ПН и ПС составляет $1,40 \pm 0,40$. Общая продолжительность (пр.) зубца (з.) R на передней поверхности ГК увеличивается в направлении сверху вниз, справа налево от min к тах. Мах для ПН ф. ПН>ПС не совпадает с тах з. этой же ф. и находится в т. V-11 ($3,20 \pm 0,49$). Мах для ПС ф. ПН>ПС тоже не совпадает с тах з. этой же ф. и находится в т. VI-11 ($3,00 \pm 0,65$). Мах для ПН и тах для ПС ф. ПН>ПС

находятся слева от тах общей пр. через одну линию, что не согласуется с последовательным PVB в миокарде. Особенности PVB при переднем ИМ: нарушение последовательности обычной смены ф. по передней поверхности ГК по ЭП - появление ф. ПН>ПС в зоне ИМ на усредненных топограммах, ф. ПН>ПС начинается только от 4-5 линии по V-VI уровню регистрации, что свидетельствует о значительном извращении PVB миокарда левого желудочка по сравнению с КГ. При PVB по ЭП его основные направления огибают зону поражения.

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 отмечается смещение тах пр. ф. ПН>ПС влево по сравнению с КГ.

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

Андреичев Н.А.

КГМУ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучить временные параметры электрического поля сердца при переднем 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 переднем ИМ (9чел.).

Результаты:

У КГ и ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (PVB) кругового движения диполя. Максимум (тах) по электропозитивности (ЭП) ф. период нарастания(ПН)<периода снижения(ПС) равен $6,70 \pm 1,31$ в точке (т.) VI-12 (больше, чем в КГ). При этом соотношение ПН и ПС равно $0,81 \pm 0,11$. Min соотношения этой ф. находится в т. II-15 ($0,35 \pm 0,19$). Мах продолжительности (пр.) и тах соотношения не совпадают. Мах по зубцу (з.) R равен $7,70 \pm 0,82$. 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. Мах соотношения ф. ПН<ПС находятся по 12 линии и 1 линии, примыкая к ф. ПН=ПС, и по сравнению с КГ смещены влево. При PVB справа налево соотношение ПН и ПС ф. ПН<ПС достигает min в т. II-15 ($0,35 \pm 0,19$) и начинает увеличиваться по задней правой поверхности грудной клетки (ГК), достигая к 1 линии до 0,88 в т. IV-1. Общая пр. з. R на задней поверхности ГК достигает абсолютного тах (т. VI-12) и начинает уменьшаться по направлению к т. I-3. Мах для ПН ф. ПН<ПС не совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-16 ($3,60 \pm 0,99$). Мах для ПС ф. ПН<ПС совпадает с тах пр. з. этой же ф. и находится в т. VI-12 ($3,70 \pm 0,70$).

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 отмечается смещение тах пр. ф. ПН<ПС вниз на VI уровень регистрации при переднем ИМ по сравнению с КГ.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПЕРЕПОЛНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Майтбасова Р.С., Ишуова П.К., Кайназарова С.Е.,
Нурғалиева Ж.Ж., Байғабдулова М.С., Тулебаева А.К.

Научный центр педиатрии и детской хирургии РК,
Казахский Национальный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Цель: Изучить структуру врожденных пороков сердца (ВПС) с переполнением малого круга кровообращения у детей, прошедших обследование в стационарных условиях республиканской клиники.

Материал и методы:

В стационарных условиях отделения сердечно-сосудистой патологии Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК за 2008–2011 годы обследованы 238 детей с ВПС. Возраст детей был от 6 мес. до 15 лет. Из них мальчиков было 96, что составило 40,3%, девочек 142 (59,7%). Клинико-инструментальные исследования включали: ЭКГ в 12 стандартных отведениях, эхокардиографическое исследование, включающее цветное доплеровское картирование, рентгенографию органов грудной клетки, а также же стандартное общеклиническое исследование.

Результаты:

В структуре ВПС у детей в 75,6% (180) случаев имели место пороки с обогащением малого круга кровообращения (МКК), в пять раз меньше (15,1%) составили пороки с обеднением МКК и без гемодинамических нарушений в МКК - 9,3% случаев. Среди детей с ВПС с обогащением МКК с лево-правым шунтом составили 87,8%. Изолированный дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) составил - 46,1% (83), дефект межпредсердной перегородки вторичный (ДМПП) - 17,8% (32), открытый артериальный проток (ОАП) - 10,0% (18), атриовентрикулярная коммуникация (изолированная форма) - 5,0% (9), ДМПП с ЧАДЛВ - 5,0% (9), сочетанные ВПС в виде ДМЖП с ДМПП - 3,3% (6), ДМЖП с ОАП - 3,3% (6), ДМПП с ОАП - 2,2% (4). Комбинированные, сложные пороки наблюдались в 23,5% (56) случаях, из них в 19,3% (46) имели место сочетание септальных дефектов с другими пороками, при этом у 10,1% (24) больных выявлялись несколько пороков. Среди всех ДМЖП наиболее часто (89,3%) дефект был расположен в мембранозной части межжелудочковой перегородки (МЖП). Мышечные дефекты в МЖП наблюдались в 10,7% случаев. С маленьким дефектом МЖП было 37 (44,6%) пациентов, со средним - 41 (49,4%) и с большим - 5 (6,0%) детей. В 19,9% случаев преимущественно у детей раннего возраста (71,4%) с маленьким ДМЖП при инструментальных методах исследования выявлялись умеренно выраженные изменения. Среди детей с изолированной формой вторичного типа ДМПП (32) преимущественно (62,5%) отмечались пациенты с большим дефектом МПП. При изолированной форме ОАП (18) с гемодинамически значимым лево-правым сбросом выявлено 77,8% случаев. При сопоставлении частоты различных форм ВПС с переполнением МКК в зависимости от пола отмечается значительное преобладание девочек: ОАП встречается в 5 раз чаще у девочек (15:3), ОАП в сочетании с ДМЖП - в 83,3%, ДМПП - в 2 раза чаще. Лишь при изолированном ДМЖП значимых различий в частоте встречаемости порока по полу не выявлено (у мальчиков - 45,6%, у девочек - 54,3%). В 3,8% слу-

чаев ДМЖП сочетается с ДМПП. Анализ сроков выявления ВПС у детей показал, что только в 47,9% случаев диагноз ВПС был выставлен в течение первого месяца жизни после рождения. В возрасте до 1 года диагноз ВПС был выставлен в 25,6% случаев. Поздняя диагностика, т.е. в возрасте старше 1 года, имела место у 25,3%. Наблюдались случаи позднего выявления ВПС в подростковом возрасте (1,2%). Пренатальная диагностика ВПС ультразвуковым методом исследования очень низкая (1,7%), что ведет к рождению детей с некоррекtableльными пороками сердца, либо больных, у которых наряду с ВПС имеются пороки развития других органов и систем.

Заключение:

Таким образом, в структуре ВПС у детей преобладают пороки с обогащением МКК, среди которых в свою очередь преобладают (87,8%) пороки с лево-правым сбросом, при несвоевременной хирургической коррекции, зачастую приводящие к легочной гипертензии.

ВЫБОР АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Маслаков А.С., Шаталова О.В.

ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ

Введение (цели/задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной аритмией, частота которой составляет 1-2% в общей популяции. Наличие ФП у больного ассоциируется с повышенным риском развития тромбоэмболических осложнений (прежде всего ишемического инсульта), оценить который и, соответственно, выбрать необходимую антитромботическую терапию возможно при использовании шкалы CHA2DS2-VASc.

Материал и методы:

Выполнено простое ретроспективное описательное одномоментное фармакоэпидемиологическое исследование 263 историй болезни пациентов с постоянной формой ФП без поражения клапанов сердца, госпитализированных в кардиологическое отделение многопрофильного стационара г. Волгограда.

Результаты:

Все пациенты были стратифицированы на три группы в зависимости от значения индекса CHA2DS2-VASc (0 баллов, 1 балл и 2 балла и больше). В каждой группе оценивалась антитромботическая терапия. У 1% (n=3) пациентов вероятность развития инсульта минимальная (индекс CHA2DS2-VASc=0), поэтому необходимость в антитромботической терапии отсутствовала. Однако, все эти пациенты получали ацетилсалициловую кислоту (АСК) или варфарин (0,7% (n=2) и 0,3% (n=1) соответственно). Группу пациентов со значением индекса CHA2DS2-VASc, равном 1, составили 6% (n=15) больных с ФП, которым в 0,7% случаев (n=2) была назначена АСК, в 5% (n=12) - варфарин. У 1 пациента (0,3%) антитромботическая терапия не проводилась. Высокий риск развития тромбоэмболических осложнений (CHA2DS2-VASc ≥ 2) имели 93% (n=245) пациентов, 65% (n=172) из которых получали варфарин, 17% (n=45) – АСК, 9% (n=22) – комбинацию клопидогреля с АСК или с варфарином. В 2% случаев (n=6) антитромботические препараты не назначались.

Заключение:

Антитромботическая терапия назначалась подавляющему большинству (97,7%) пациентов с ФП. В 25,4% случаев применялись антитромбоцитарные препараты, в том числе для пациентов с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений. Варфарин назначался в 70,3% случаев.

ДИНАМИКА ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ 18 МЕСЯЦЕВ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АФЕРЕЗА ЛИПОПРОТЕИДА(А) И 2 ГОДА СПУСТЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сафарова М.С., Ежов М.В., Погорелова О.А.,
Афанасьева О.И., Трипотень М.И., Балахонова Т.В.,
Коновалов Г.А., Покровский С.Н.

ФГБУ "РКНПК" МЗ и РФ,
Медицинский центр "МЕДСИ", Москва

Введение (цели/задачи):

Оценить динамику толщины комплекса интима-медии общих сонных артерий (ТИМ ОСА) на фоне 18 месяцев специфического афереза липопротеида(а) [Лп(а)] и через 2 года наблюдения после окончания лечения у больных хронической ИБС.

Материал и методы:

В открытое, проспективное, контролируемое исследование было включено 30 больных (средний возраст 54±8 лет, 21 мужчина) с ангиографически документированной ИБС, имеющих уровень Лп(а) >50 мг/дл и ХС-ЛНП ≤2,5 ммоль/л на фоне терапии аторвастатином. Участники исследования были разделены на 2 группы в соотношении 1:1. В основной группе (n=15) применялся специфический Лп(а) аферез на колонках «Лп(а) Липopak»® (НПФ ПОКАРД, Россия), в контрольной группе – монотерапия аторвастатином. Первичная конечная точка была определена как изменение ТИМ ОСА через 18 месяцев лечения в сравнении с исходным значением по данным ультразвукового дуплексного сканирования. Спустя 2 года после завершения исследования все больные были приглашены для контрольного обследования.

Результаты:

Исходно группы были сопоставимы по клиническим, биохимическим и ультразвуковым характеристикам. К окончанию исследования средний уровень Лп(а) в группе афереза составил 72±19 мг/дл, в группе контроля 106±48 мг/дл (p=0,02). Не отмечено существенных различий между группами по уровню других липидов и липопротеидов. Через 18 месяцев лечения в группе Лп(а) афереза отмечено достоверное уменьшение ТИМ ОСА в среднем на 0,07 мм (p=0,01). В группе монотерапии аторвастатином не отмечено динамики ТИМ ОСА в течение исследования. Через 2 года контрольное обследование было проведено у всех больных. Отмечен прирост ТИМ ОСА на 0,2 и 0,6 мм в группах афереза и контроля, соответственно.

Заключение:

Регулярное проведение специфического Лп(а) афереза в течение 18 месяцев приводит к значимому уменьшению толщины комплекса интима-медии общих сонных артерий. Через 2 года в группе больных, получавших Лп(а) аферез, отмечалась менее выраженная прогрессия атеросклероза сонных артерий, чем в группе контроля.

ДИСЛИПИДЕМИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

АБЫШЕВ Р.А., ЕФИМОВ Г.А., РАССОХИН В.В.

СПБ ГБУЗ "ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД"

Введение (цели/задачи):

Заболевания системы кровообращения лидируют среди причин смертности не ассоциированных с развитием СПИДа в популяции людей, живущих с ВИЧ. Среди основных факторов риска развития ССЗ остается дислипидемия, которая в данной популяции людей может быть индуцирована прямым воздействием вируса и ассоциирована с приемом комбинированной высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).

Материал и методы:

На базе СПБ ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционных заболеваний» выполнен скрининг 200 липидограмм и произведен анализ историй болезни ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в течение 2013 года. Исследуемая когорта была разделена на несколько групп, по факту наличия ВААРТ, ко-инфекции ХВГС, ранжированы по возрасту и полу, а также по уровню Т-лимфоцитов CD4. В исследовании использовались t-test Levene для параметрического анализа и корреляционный метод Spearman для непараметрического анализа.

Результаты:

Средний возраст исследуемой группы составил 42 года (95%ДИ 40-43 года). Оба пола были представлены в равной степени – 53,5% мужчины, 46,5% женщин. Большинство пациентов (94,5%) получали ВААРТ продолжительностью 3 года (95%ДИ 1,5-4 года); 39,7% получали впервые назначенную схему. Применение ВААРТ ассоциировано с повышением уровня ОХС ($p=0,033$) и ЛПНП ($p=0,023$). В общей группе больных уровень CD4 лимфоцитов имел обратную значимую корреляцию с КА ($p=0,039$). Среди пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов менее 200 клеток/мл препаратом выбора были ингибиторы протеазы (ИП), применение которых ассоциировалось с ростом уровня ТГ ($p<0,05$, $r=0,236$). При достижении уровня CD4 свыше 350 клеток/мл на фоне ВААРТ были значительно ниже уровни ОХС ($p=0,042$) и ЛПНП ($p=0,046$) в подгруппе ко-инфицированных ХВГС.

Заключение:

Применение ВААРТ сопровождается значимым ростом атерогенности сыворотки крови, что чаще всего ассоциировано с применением ИП. Ко-инфекция ХВГС нивелирует гиперлипидемический эффект ВААРТ, не снижая общую атерогенность.

ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫЕ ПЕРЕГИБЫ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ СИНДРОМЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, КАК ОСНОВА ДЛЯ ДИСРИТМИЙ

КОКОТОВА Е.П., ПЕРЕТОЛЧИНА Т.Ф.

ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Введение (цели/задачи):

Актуальность: Изучение структуры дисритмий и дисфункции проводящей системы сердца, физиологической основой которой является перегибы желчного пузыря, как проявление дисплазии органов пищеварения. Цель исследования: Проанализировать частоту и структуру дисритмий у пациентов с диспластикозависимыми перегибами желчного пузыря.

Материал и методы:

Объектом исследования были: 30 пациентов (14 м. и 16 ж., ср. возр. $38,1 \pm 12$ года) с ранее установленным синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), с диспластикозависимыми перегибами тела желчного пузыря и жалобами аритмического характера, что было критериями включения в группу исследования (1гр.). Группа сравнения (2 гр.) – 28 пациентов (15 м. и 13 ж., ср. возр. $36 \pm 7,9$ года) без синдрома НДСТ, с перегибом шейки желчного пузыря и жалобами аритмического характера. Всем пациентам было проведено обследование: общий клинический осмотр, ХМ ЭКГ и УЗИ брюшной полости для диагностики перегиба желчного пузыря по стандартной методике.

Результаты:

У пациентов 1 гр. дисритмии отмечены в 100% случаев, в сравнении со 2 гр. – 60,7% случаев, что достоверно чаще ($p>0,05$). Дисрегуляция СА зоны отмечена чаще в 1 гр. – у 20(66,7%) пациентов, во 2 гр. у 5(17,8%) пациентов, что достоверно чаще ($p>0,05$). Структурно дисритмии в 1 гр. представлены в виде наджелудочковой 25(83,3%) и желудочковой 23(76,7%) экстрасистол, в сравнении со 2 гр. эти виды дисритмий встречались достоверно реже, соответственно: у 10(35,7%) и 6(21,4%) пациентов. Количество эпизодов пароксизмальной тахикардии у 10 (33,3%) пациентов 1 гр., в том числе суправентрикулярная тахикардия у 5(16,5%), пароксизмальная МА у 4(13,3%), фибрилляция предсердий у одного. Пароксизмальная МА документирована у 1(3,5%) пациента во 2 гр. Нарушение ритма в виде аллоритмии по типу желудочковой бигемии зарегистрированы у 4(13,3%) пациентов 1 гр.

Заключение:

У всех пациентов с диспластикозависимыми перегибами тела желчного пузыря выявлены дисритмии и дисрегуляции СА зоны, которые встречались достоверно чаще, чем у пациентов без синдрома НДСТ. Диспластикозависимый перегиб тела желчного пузыря усиливает патофизиологическую основу для дисритмий у пациентов с синдромом НДСТ. Перечисленные нарушения ритма являются характерными для синдрома НДСТ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE

Кулакова О.В., Пигалин А.Л., Маслова Н.П.

ГБУ РМЭ "Йошкар-Олинская городская больница"

Введение (цели/задачи):

Наряду с правильной установкой клинического диагноза, правильная оценка риска лежит в основе принятия клинического решения и выбора той или иной тактики ургентного коронарного больного. На раннем госпитальном этапе с целью определения лечебной стратегии, врачу необходим универсальный инструмент для проведения стратификации риска. Для определения оптимальной тактики больного с острым коронарным синдромом (ОКС), на наш взгляд, более применима оценка риска по шкале GRACE, что позволяет определить наиболее подходящий для данного пациента способ лечения и его интенсивность.

Материал и методы:

Выполнена статистическая обработка и анализ 395 историй болезней пациентов с ОКС без подъема сегмента ST. В исследование были включены только пациенты с нестабильной

Контролирую давление...
Контролирую ситуацию...
Контролирую жизнь!

АТАКАНД®

эффективно контролирует АД
в течение 36 часов¹

Ваши пациенты могут
уверенно выполнять свои
повседневные дела,
не думая о давлении.

Атаканд® (Atacand®). МНН: кандесартан. Регистрационный номер: П N014373/01
ЛСР-001353/08. Лекарственная форма: таблетки. **Показания:** артериальная гипертензия; хроническая сердечная недостаточность и нарушение систолической функции левого желудочка (снижение ФВЛЖ ≤ 40%) в качестве дополнительной терапии к ингибиторам ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) или при переносимости ингибиторов АПФ (необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к кандесартану циклосетилу или другим компонентам, входящим в состав препарата. Беременность и период лактации (см. раздел «Беременность и период лактации»). Выраженные нарушения функции печени и/или холестаза. **С осторожностью:** у больных с выраженной почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), двухсторонним стенозом почечных артерий или стенозом артерии единственной почки, с гемодинамически значимым стенозом аортального и митрального клапана, после пересадки почки в анамнезе, у больных с цереброваскулярными заболеваниями и ишемической болезнью сердца (ИБС), гиперкалиемией, у больных со сниженным объемом циркулирующей крови, с первичным гиперальдостеронизмом (отсутствует достаточное количество данных по клиническим исследованиям), гипертрофической кардиомиопатией, возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **Побочное действие.** Артериальная гипертензия. Побочные эффекты в ходе клинических исследований носили умеренный и проходящий характер и были сопоставимы по частоте с группой плацебо. Общая частота возникновения побочных эффектов на фоне приема препарата Атаканд® не зависела от дозы препарата, пола и возраста пациента. Частота случаев прекращения терапии в связи с побочными эффектами была сходной при использовании кандесартана циклосетила (3,1%) и плацебо (3,2%). В ходе анализа данных проведенных исследований сообщалось о следующих побочных эффектах, часто (>1/100) встречающихся на фоне приема кандесартана циклосетила. Побочные эффекты наблюдались с частотой хотя бы на 1% больше, чем в группе плацебо. Со стороны центральной нервной системы: головокружение/слабость, головная боль; Со стороны костно-мышечной системы, соединительной ткани: боль в спине; Инфекции: респираторные инфекции; Лабораторные показатели: в целом при применении препарата Атаканд® не было отмечено клинически значимых изменений стандартных лабораторных показателей. Как и при применении других ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, может наблюдаться небольшое снижение концентрации креатинина и калия в сыворотке крови, мочевина, мочевина или калия и уменьшение концентрации натрия. Повышение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) было отмечено несколько чаще при применении препарата Атаканд® в сравнении с плацебо (1,3% вместо 0,5%). При применении препарата Атаканд® обычно не требуется регулярного контроля лабораторных показателей. Однако у пациентов с нарушением функции почек рекомендуется периодически контролировать концентрацию калия и креатинина в сыворотке крови. Хроническая сердечная недостаточность. Побочные эффекты, выявленные на фоне применения препарата Атаканд® у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, соответствовали фармакологическим свойствам препарата и зависели от состояния пациента. В ходе клинических исследований SCHARM проводилось сравнение препарата Атаканд® в дозах до 32 мг (n=3803) с плацебо (n=3796), 21% пациентов из группы кандесартана циклосетила, и 16,1% пациентов из группы плацебо, прекратили лечение из-за возникновения побочных реакций. Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты (>1/100, <1/10): Со стороны сердечно-сосудистой системы: выраженное снижение АД; Со стороны мочевыводящей системы: нарушение функции почек; Лабораторные изменения: повышение концентрации креатинина, мочевина и калия. Рекомендуется контролировать концентрацию креатинина и калия в сыворотке крови. О следующих побочных эффектах в ходе постмаркетингового применения препарата сообщалось очень редко (<1/10000): Со стороны кровеносной и лимфатической системы: лейкопения, нейтропения и агранулоцитоз; Нарушение метаболизма и заболевания, вызванные нарушением метаболизма: гиперкалиемия, гипонатриемия; Со стороны нервной системы: головокружение, слабость, головная боль; Со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: кашель; Со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота; Со стороны печени и желчевыводящих путей: повышение активности «печеночных» ферментов, нарушение функции печени или гепатит; Аллергические реакции: ангионевротический отек, кожная сыпь, крапивница, кожный зуд; Со стороны костно-мышечной системы, соединительной ткани: боль в спине, артралгия, миалгия; Со стороны мочевыводящей системы: нарушение функции почек, включая почечную недостаточность у предрасположенных пациентов. Перед назначением препарата ознакомьтесь с полным текстом инструкции.

Атаканд® плюс. МНН: кандесартан + гидрохлоротиазид. Регистрационный номер: ЛСР-001340/08. Лекарственная форма: таблетки. **Показания к применению.** Лечение артериальной гипертензии у пациентов, которым показана комбинированная терапия. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к активным или вспомогательным компонентам, входящим в состав препарата, производным сульфонамидов, беременность и период лактации. Нарушения функции печени и/или холестаза. Нарушения функции почек (клиренс креатинина менее 30 мл/мин/1,73 м²). Анурия. Рефрактерная гипокалиемия и гиперкалиемия. Подagra. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **С осторожностью.** тяжелая хроническая сердечная недостаточность, двухсторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки, гемодинамически значимый стеноз аортального и митрального клапана, у больных с цереброваскулярными заболеваниями и ишемической болезнью сердца, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия, у больных со сниженным объемом циркулирующей крови, цирроз печени, у пациентов, страдающих непереносимостью лактозы, нарушением всасывания лактозы и галактозы, гипонатриемия, первичный гиперальдостеронизм, хирургическое вмешательство, у больных после трансплантации почки, почечная недостаточность, сахарный диабет. **Побочное действие.** Побочные действия, выявленные в ходе клинических исследований, носили умеренный и проходящий характер и были сопоставимы по частоте с группой плацебо. Частота случаев прекращения терапии в связи с побочными эффектами была сходной при использовании кандесартана гидрохлоротиазида (3,3%) и плацебо (2,7%). В объединенном анализе результатов клинических исследований были отмечены следующие побочные эффекты, вызванные назначением кандесартана гидрохлоротиазида. Описанные побочные эффекты наблюдались с частотой хотя бы на 1% больше, чем в группе плацебо. Со стороны центральной нервной системы: головокружение, слабость. Кандесартан. О следующих побочных эффектах в ходе постмаркетингового применения препарата сообщалось очень редко (<1/100,000): Со стороны кровеносной и лимфатической системы: лейкопения, нейтропения и агранулоцитоз; Нарушение метаболизма и заболевания, вызванные нарушением метаболизма: гиперкалиемия, гипонатриемия; Со стороны центральной нервной системы: головокружение, головная боль; Со стороны печени и желчевыводящих путей: повышение активности «печеночных» ферментов, нарушение функции печени или гепатит; Со стороны кожных покровов: ангионевротический отек, сыпь, крапивница, кожный зуд; Со стороны костно-мышечной системы, соединительной ткани: боль в спине, артралгия, миалгия; Со стороны мочевыводящей системы: нарушение функции почек, включая почечную недостаточность у предрасположенных пациентов. Гидрохлоротиазид. При монотерапии гидрохлоротиазидом, обычно в дозе 25 мг или более, были отмечены следующие побочные эффекты: часто (>1/100), иногда (>1/1000 и <1/100), редко (<1/1000). Со стороны кровеносной и лимфатической системы: редко: лейкопения, нейтропения/агранулоцитоз, тромбоцитопения, апластическая анемия, депрессия костного мозга, анемия; Со стороны иммунной системы: редко: анафилактические реакции; Нарушение метаболизма и заболевания, вызванные нарушением метаболизма: часто: гипергликемия, гиперурикемия, гипонатриемия и гипокалиемия; Со стороны центральной нервной системы: часто: легкое головокружение, головная боль, редко: нарушение сна, депрессия, беспокойство, парестезии; Со стороны органа зрения: редко: проходящая нечеткость изображения; Со стороны сердечно-сосудистой системы: иногда: ортостатическая гипотензия; редко: аритмия; некротический васкулит, кожный васкулит; Со стороны органов дыхания: редко: затрудненное дыхание (пневмония и отек легких); Со стороны пищеварительного тракта: иногда: потеря аппетита, диарея, запор; редко: панкреатит; Со стороны печени: редко: внутрипеченочная холестатическая желтуха; Со стороны кожных покровов: иногда: кожная сыпь, крапивница, реакции фотосенсибилизации; редко: некроз эпидермиса, реакции сходные с кожным эритематозом, рецидив кожного эритематоза; Со стороны скелетно-мышечных и соединительных тканей: редко: миалгия; Со стороны почек и мочеполовой системы: часто: глюкозурия; редко: нарушение функции почек и интерстициальный нефрит. Общие нарушения: часто: слабость; редко: чувство жара. Лабораторные показатели: часто: гипохолестеринемия, гипотриглицеридемия; редко: повышение уровня креатинина. Повышение содержания мочевой кислоты и АЛТ в плазме крови и уровня глюкозы в крови были отмечены как побочные эффекты, встречающиеся при использовании кандесартана циклосетила (примерная частота жалоб 1,1%, 0,9% и 1,0%, соответственно) незначительно чаще, чем при использовании плацебо (0,4%, 0% и 0,2% соответственно). У отдельных пациентов, принимавших кандесартан/гидрохлоротиазид, наблюдалось незначительное снижение концентрации гемоглобина и увеличение АСТ в плазме крови. Также наблюдалось повышение содержания креатинина, мочевина, гиперкалиемия и гипонатриемия. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению.

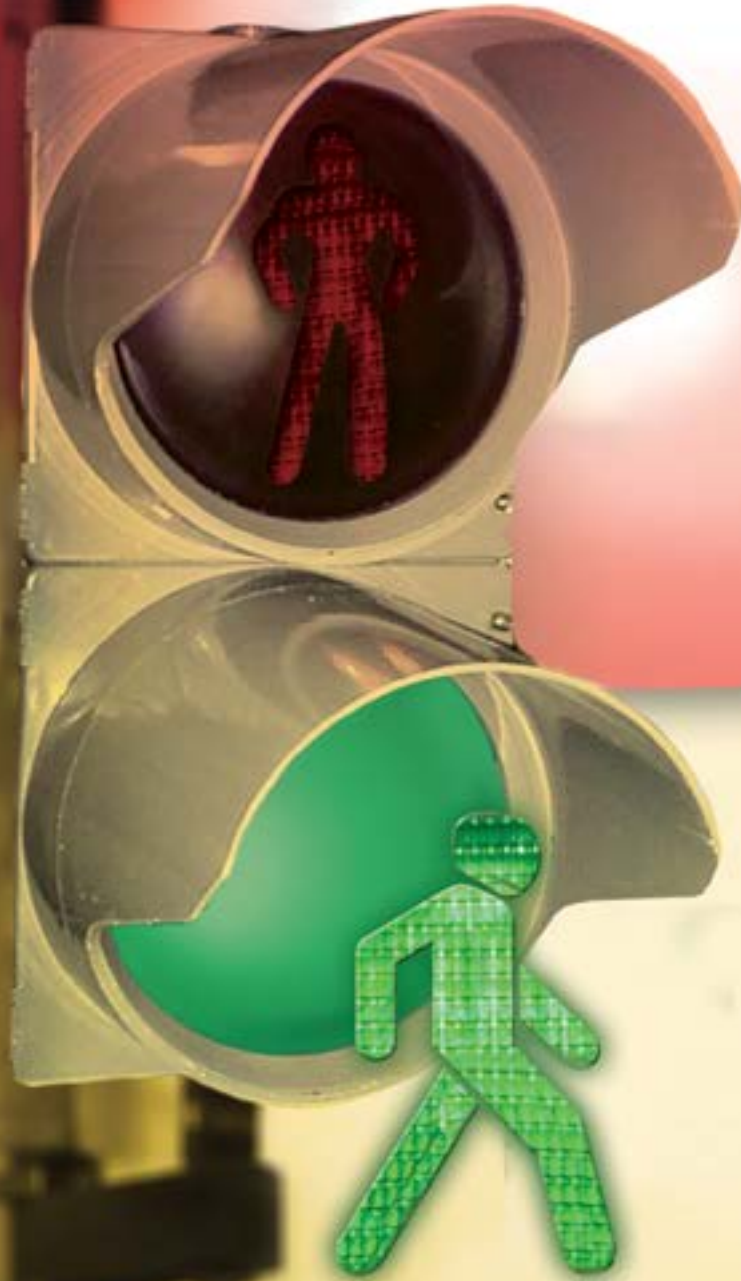
АстраЗенка

Атаканд®
Атаканд®
ПЛЮС

1. Y. Lacourcier et al. Am J Hypertens., 1999; 12: 1181-1187.

Информация предназначена для медицинских работников. Перед применением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата Атаканд 8, 16мг РУ П N014373/01 (изменение №2) от 15.02.12; Атаканд 32 мг ЛСР - 001353/08 от 29.02.08 и инструкцией по медицинскому применению препарата Атаканд плюс ЛСР - 001340/08 (изменение №1) от 15.04.12.

ООО «АстраЗенка Фармасьютикалз» 125284, Москва, ул. Беговая, дом 3, строение 1
Тел. + 7 (495) 799-5699. Факс +7 (495) 799-5698. www.astrazeneca.ru. ATA_91.321.011_12/12/2013



**Когда стенокардия
ограничивает
ваших пациентов**

**Двигайтесь
вперед**



Новый антиангинальный препарат

- **снижает частоту приступов стенокардии^{1,2}**
- **увеличивает толерантность к физической нагрузке¹**
- **не влияет на гемодинамику³**

Краткая инструкция по применению препарата Ранекса® (ранолазин)

Ранолазин - антиангинальное средство, ингибитор позднего тока ионов натрия. Показания к применению: стабильная стенокардия. Противопоказания: повышенная чувствительность к действующему веществу или любому из вспомогательных веществ; дефицит лактазы, наследственная непереносимость лактозы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции (только для 1000 мг); тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина <30 мл/мин); печеночная недостаточность средней (7-9 баллов по классификации Чайлд-Пью) или тяжелой (более 9 баллов по классификации Чайлд-Пью) степени тяжести; одновременное применение: с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 (итраконазол, кетоконазол, позаконазол, ингибиторы ВИЧ-протеазы, кларитромицин, телитромицин, нефазодон); одновременное применение с антиаритмическими средствами класса Ia (например, хинидин) или класса III (например, дофетилид), кроме амиодарона; соталолом; дети до 18 лет; беременность и период грудного вскармливания. Способ применения и дозы: Рекомендуемая начальная доза препарата Ранекса® для взрослых составляет 500 мг 2 раза в сутки. Через 2-4 недели доза при необходимости может быть увеличена до 1000 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза составляет 2000 мг. Побочное действие: наиболее часто встречающимися побочными эффектами при применении препарата Ранекса® являются головокружение, головная боль, запор и тошнота, в большинстве случаев характеризующиеся легкой или средней степенью выраженности.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б.
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>
Подробная информация о препарате содержится в инструкции по применению (от 23.01.2013)
Отпускается по рецепту. Информация предназначена для специалистов здравоохранения.
Ranexa.module.11.03.2014

1. Chaitman BR, et al. JAMA 2004;291:309-16.
2. Stone P, et al. J Am Coll Cardiol 2006;48(3):566-75.
3. Chaitman BR, et al. J Am Coll Cardiol 2004;43:1375-82.



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

стенокардией. Пациенты были распределены на 4 группы. 1 группа - мужчины трудоспособного возраста (до 60 лет), количество которых составило 114 чел. (29%). 2 группа - мужчины старше 60 лет – 108 чел. (27%). 3 группа - женщины трудоспособного возраста (до 55 лет) – 51 чел (5%). 4 группа - женщины старше 55 лет - 122 чел. (39%). Мужчин было 22 человека (56,2%), женщин – 173 чел. (43,8%). Лечебная стратегия, используемая в стационаре была выделена на инвазивную и неинвазивную (фармакологическую).

Результаты:

Градации риска по шкале GRACE у пациентов с нестабильной стенокардией в результате выборки, выглядит следующим образом: - низкий риск установлен у 46% (180 человек), - средний риск - у 29% (116 чел.), - высокий риск установлен у 25% (99 чел.). По гендерному соотношению распределение «мужчины/женщины» выглядит следующим образом: - в группе низкого риска - 30% / 16%, - в группе среднего риска - 16% / 13%, - в группе высокого риска - 10% / 15%.

Заключение:

Проведенный анализ показал, что экстренная и ранняя инвазивная стратегия лечения показана у пациентов с нестабильной стенокардией бальная оценка которых по шкале GRACE составляет более 140. По результатам нашей работы, большую часть этой группы составляют женщины старше 55 лет. Поздняя (отсроченная) инвазивная стратегия лечения (в течение первых 72-х часов с момента поступления в стационар) показана группе пациентов, бальная оценка по шкале GRACE находится в пределах 108 - 140. В данной группе примерно одинаково представлены мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет. Инвазивная стратегия лечения не показана у следующей группы пациентов с нестабильной стенокардией при наличии низкого риска (бальная оценка по шкале GRACE ≤ 108). По нашим данным, большую часть этой группы составляют мужчины трудоспособного возраста.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАЗОАКТИВНЫХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Конюх Е.А.

УО "Гродненский государственный
медицинский университет"

Введение (цели/задачи):

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при остром (ОГН) и хроническом (ХГН) течении гломерулонефрита выступают предикторами неблагоприятного исхода заболевания. При вовлечении в патологический процесс сосудистого русла мишенью для факторов повреждения становится внутренняя выстилка сосудов – эндотелий – мощный эндокринный орган, регулирующий процессы тканевого гомеостаза.

Материал и методы:

В исследование включено 78 детей с ГН, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа I (n=41) – дети с ОГН, возраст – 13,9 (11,8–15,4) лет. Подгруппа II (n=37) – пациенты с ХГН, возраст - 14,1 (11,3–15,6) лет. Для оценки функционального состояния эндотелия определяли прирост пульсового кровотока (Δ ПК_{макс}) реовазографически, а также уровень стабильных метаболитов оксида азота в плазме крови по суммарной концентрации нитратов и нитритов (NO_x). Пациенты с ОГН и ХГН получали стандартную терапию, предусмотренную «От-

раслевыми стандартами обследования и лечения детей с патологией мочевой системы в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях» (Приказ № 156 МЗ РБ от 30.09.2003).

Результаты:

Анализ полученных данных показал, что в подгруппе I отмечалось достоверное повышение Δ ПК_{макс} по сравнению с исходным уровнем: с 3,9 (0–11,5)% при поступлении в стационар до 11,4 (8,1–19,1)% при выписке ($p=0,0007$). В подгруппе II (n=23) также отмечалась положительная динамика: увеличение прироста ПК с 5,3 (2,6–13,9)% до 12,8 (6,8–24,7)% ($p=0,01$). На фоне стандартного лечения ГН у пациентов подгруппы I содержание NO_x снизилось до уровня 37,2 (31,8–53,3) мкмоль/л, однако статистически значимых различий при сравнении с уровнем этого показателя при поступлении в стационар не отмечалось (41,8 (34,6–60,5) мкмоль/л, $p=0,2$). В подгруппе II его содержание практически не изменилось: при поступлении – 32,7 (23,0–52,5) мкмоль/л, при выписке – 32,9 (23,0–38,6) мкмоль/л ($p=0,6$).

Заключение:

Таким образом, на фоне лечения отмечается улучшение функционального состояния эндотелия по результатам окклюзионной пробы как при остром, так и при хроническом течении заболевания ($p=0,0007$ и $p=0,01$, соответственно). У пациентов с ОГН и ХГН отсутствует динамика уровня NO_x в плазме крови при проведении стандартной терапии ГН ($p=0,2$ и $p=0,6$, соответственно).

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ NO-СИНТАЗЫ И УРОВНЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОГО ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Абдуллаева Ч.А., Юнусова Л.И.

РСНПМЦ ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Изучение полиморфизма генов NO-синтазы и показателей оксида азота у больных 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. Генотипирование проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Содержание эндогенного оксида азота в сыворотке крови методом непрямого определения NO.

Результаты:

Изучение полиморфизма гена NO синтазы показало, что количество Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS в гомозиготном состоянии ассоциированы с тяжестью течения ХСН, а у гомозигот по аллелю Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS отмечены более низкие показатели уровня NO: данный показатель у здоровых добровольцев составил $0,194 \pm 0,017$ мкг/мл, у больных II ФК ХСН исходно уровень NO составил $0,14 \pm 0,037$ мкг/мл, у больных II ФК ХСН - $0,11 \pm 0,037$ мкг/мл и у больных III ФК - $0,09 \pm 0,027$ мкг/мл.

Заключение:

Таким образом, у больных ХСН установлены ассоциативные взаимосвязи полиморфизма генов NO-синтазы с тяжестью течения заболевания и полиморфизм гена eNOS (Glu298Asp) ассоциируется с нарушением функции эндотелия – снижением уровня NO.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛХИЦИНА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ЛИПОПРОТЕИДА(А): ПЕРВОЕ ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

САФАРОВА М.С., Ежов М.В., Коткина Т.И.,
АМЕЛЮШКИНА В., КУХАРЧУК В.В.

ФГБУ "РКНПК" МЗ и РФ, Москва

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность и безопасность применения колхицина в дополнение к стандартной терапии у больных стабильной ИБС с высоким уровнем липопротеида(а) [Лп(а)].

Материал и методы:

В открытое исследование было включено 20 больных (14 мужчин, средний возраст 56 ± 7 лет) с ангиографически документированным коронарным атеросклерозом и уровнем Лп(а) ≥ 30 мг/дл. Все больные принимали аспирин 75-100 мг/сут и аторвастатин (средняя доза 33 ± 13 мг/сут). Колхицин назначался в дозе 1,0 мг/сут в течение 1 месяца 10 больным, остальные 10 человек составили группу контроля. До и после основного периода лечения крови проводили определение уровня лейкоцитов, липидов, Лп(а), высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ), биохимических показателей.

Результаты:

Группы были сопоставимы по исходным клиническим и биохимическим характеристикам. В группе колхицина уровень Лп(а) и вЧСРБ составил 98 ± 28 мг/дл и 2,0 (0,8-4,1) мг/л, соответственно. В течение первой недели приема колхицина у 2 человек отмечались слабость и тошнота, в связи с чем, их участие было прекращено досрочно. Купирование нежелательных явлений произошло в течение нескольких дней после этого. На фоне колхицина у 8 человек концентрация Лп(а) изменялась по-разному: несколько снизилась у 4 больных, возросла у одного и оставалась стабильной у 3 человек. В среднем отмечено снижения уровня Лп(а) на $5 \pm 13\%$, $p=0,4$. Наблюдалась тенденция к снижению уровня вЧСРБ в среднем на 16%. В группе контроля концентрация Лп(а) и вЧСРБ не изменялась. В обеих группах не наблюдалось каких-либо отклонений со стороны гематологических и биохимических показателей крови.

Заключение:

Колхицин в дозе 1 мг/сут в течение 1 месяца не оказывал существенного влияния на уровень Лп(а) у больных стабильной ИБС, получающих оптимальное медикаментозное лечение. Однако исследование носило краткосрочный характер и не дает основание отрицать роль колхицина в подавлении воспалительного процесса в сосудистой стенке при его длительном применении.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ О ФАКТОРАХ РИСКА ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М., МАМАСАЛИЕВ Н.С.

Андижанский государственный
медицинский институт, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучение информативности ВИЧ-инфицированного (ВИЧи) населения Ферганской долины о факторах риска повышенного артериального давления (ПАД).

Материал и методы:

Осуществлялось одномоментное эпидемиологическое исследование и была обследована репрезентативная выборка из ВИЧ – позитивного населения Намангана и Ферганы Ферганской долины в возрасте от 20 до 50 лет и старше в количестве 341 человек. Обследование включало следующие методы: опросные, биохимические, инструментальные и иммунологические.

Результаты:

Результаты исследования показывают, что информативность ВИЧи-населения об основных факторах риска ПАД оказалась существенно низким в последовательности: ожирение – 50,7%, гиперхолестеринемия – 29,3%, низкая физическая активность – 53,1%, курение – 57,7%, УА – 62,2%, стрессы – 33,4% и неправильное питание – 51,3%. В зависимости от возраста осведомленность ВИЧи-популяции об основных факторах риска (ФР) увеличивается в следующих частотах: о ожирении – от 47,5% (в возрасте до 40 лет), до 55,0% (в ≥ 50 лет), то есть в 1,5 раза или на 7,5% ($p<0,05$); о гиперхолестеринемии – от 17,5% до 40% или в 2,5 раза, то есть на 22,5% ($p<0,01$); о низкой физической активности – от 50,0% до 60,0% или на 10% ($p<0,05$); об курении – от 55,0% до 65,0% или на 10% ($p<0,05$); о употреблении алкоголя – от 59,6% до 70% или на 10,4% ($p<0,05$); об стрессах – от 30,0% до 40% или на 10% ($p<0,05$) и о вреде нерегулярного питания – от 45,0% (в возрасте до 25 лет) до 60,0% (в возрасте ≥ 50 лет) или на 15,0% ($p<0,05$). Максимальная информативность ВИЧи-населения установлена в отношении курения, низкой физической активности, употребления алкоголя, нерегулярного питания и ожирения. ВИЧи-населения, таким образом, отдавало предпочтение наиболее значимым ФР АГ (ожирение, неправильное питание, низкая физическая активность, курение, употребление алкоголя), ставя на последнее место других факторов (гиперхолестеринемия и стрессы).

Заключение:

Другие, исследователи также выражали подобные мнения и считают, что мероприятия по первичной профилактике ПАД, ССЗ необходимо начинать с повышения уровня населения по этой проблеме.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АКТОВЕГИНА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИБС

КОЧЕТОВА Е.И., БАКУМОВ П.А.

ВолГМУ

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность терапии Актовегином и его влияние на качество жизни пациентов со стабильной стенокардией получающих стандартную антиангинальную терапию нитратами, бета-адреноблокаторами и игибиторами АПФ.

Материал и методы:

Все пациенты рандомизировались на получающие в составе комплексной терапии Актовегин (по 200 мг 3 раза в день внутрь в виде таблеток) или только бета-адреноблокаторы и/или нитраты и ингибиторы АПФ (контрольная группа). Критерии включения: амбулаторные больные (мужчины и женщины) в возрасте от 40 до 70 лет, страдающие ИБС, у которых в течение последних месяцев отмечалось снижение толерантности к физической нагрузке, учащение приступов ангинозных болей, увеличение потребности в нитратах. Диагноз ИБС устанавливали по результатам клинического и инструментального исследования (маршевой нагрузочной пробы, мониторинга ЭКГ по Холтеру). В качестве базисной терапии допускалось использование стандартных доз нитратов, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, аспирина или антикоагулянтов. Дозы препаратов в ходе исследования не менялись, потребность в приеме нитратов учитывалась.

Результаты:

Терапия ИБС с добавлением к стандартному базисному лечению Актовегина ((по 1 таблетке – (200 мг) 3 раза в день)), в большей степени способствовала снижению числа приступов стенокардии во все периоды суток, по сравнению с контрольной группой, а так же, уменьшению потребности в приеме простого нитроглицерина. В опытной группе (Актовегина) отмечено более выраженное снижение частоты нарушений ритма по сравнению с контролем. Добавление Актовегина позволило снизить дозировки базисных средств. Не было отмечено возникновения нежелательных явлений, связанных с приемом Актовегина. Качество жизни пациентов (на основании суммарного показателя опросника SAQ) в обеих группах улучшилось.

Заключение:

Рекомендовать применение Актовегина (в суточной дозе 600 мг) для повышения эффективности базисной терапии ИБС, особенно у больных с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЦИТОКИНОВОЙ АКТИВНОСТИ И СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Помогайбо Б.В.

Лечебно-диагностическая клиника "ВитаНова", г. Волгоград

Введение (цели/задачи):

Профилактика уязвимости мужчин среднего возраста перед сердечно-сосудистыми катастрофами (ССК) предполагает поиск новых универсальных маркеров преждевременного сосудистого поражения. На эту роль могут быть рассмотрены провоспалительные цитокины, ассоциирующиеся с ССК. Однако их взаимосвязь с доклиническим поражением артериальной стенки у мужчин среднего возраста изучена недостаточно. Целью исследования было изучить уровни отдельных провоспалительных цитокинов в группе мужчин моложе 60 лет и оценить их взаимосвязь с субклиническим атеросклерозом (СА) сонных артерий.

Материал и методы:

В поликлинических условиях было обследовано 70 не имевших сердечно-сосудистых заболеваний мужчин с 1-2 факторами риска атеросклероза. Средний возраст 41 год. Объем обследования включал общеклинические анализы крови и

мочи, биохимический анализ крови, электро- и эхокардиографию, дуплексное сканирование сонных артерий. В Отобранных образцах сыворотки крови был определен уровень интерлейкина-1 бета (ИЛ-1) и его рецепторного антагониста (РАИЛ), референсные интервалы соответственно 0-50пг/мл и 0-500пг/мл. Статистический анализ был выполнен с помощью программы Statistica 10.0.

Результаты:

Факторы риска атеросклероза в исследуемой группе были представлены курением – 25%, гиперхолестеринемией – 30%, ожирением – 44%, артериальной гипертензией – 26%. Средние значения составили для ИЛ-1 23 ± 11 пг/мл, для РАИЛ 153 ± 37 пг/мл, а распределение не было нормальным. СА (комплекс интимамедиа более 0,9 мм, наличие атеросклеротической бляшки) был выявлен у 30% лиц. При непараметрической оценке была установлена значимая корреляция между СА, ИЛ-1 ($r=0,37$, $p<0,05$) и РАИЛ ($r=-0,32$, $p<0,05$). При анализе многофакторной регрессии с пошаговым включением переменных цитокины в итоговую модель апостериорной вероятности СА не вошли, уступив место известным факторам атеросклероза: возрасту, курению, гиперхолестеринемии и артериальной гипертензии.

Заключение:

Таким образом, ИЛ-1 и РАИЛ могут ассоциироваться с каротидным СА у мужчин до 60 лет, но вопрос их применения как биомаркера риска атеросклероза является спорным.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

ГУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТЕРАПИИ

им. Л.Т.Малой НАМН Украины

Введение (цели/задачи):

Изучить качество жизни (КЖ) у больных высокого кардиоваскулярного риска (КВР) с коморбидной патологией.

Материал и методы:

Обследовано 95 больных с артериальной гипертензией (АГ) и коморбидными заболеваниями - ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, сахарный диабет 2-го типа, хроническая болезнь почек, ожирение. Из них - 35 (36,8 %) мужчин и 60 (63,2 %) женщин, средний возраст составил - $(60,5 \pm 0,4)$ лет. КЖ изучалось согласно результатов самостоятельного заполнения пациентом анкеты SF-36. Количественно оценивали восемь показателей: "физическое функционирование" (ФФ); "влияние физического состояния на ролевое функционирование" (РФ); "интенсивность боли" (ИБ); "общее состояние здоровья" (ОСЗ); "жизненная активность" (ЖА); "социальное функционирование" (СФ); "влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование" (РФЭ); "оценка психического здоровья" (ПЗ). Эти шкалы формируют: физический компонент здоровья (ФКЗ) и психологический компонент здоровья (ПКЗ).

Результаты:

Установлены гендерные различия показателей КЖ у больных с АГ и коморбидной патологией. У женщин - достоверно худшие показатели ФФ ($58,9 \pm 3,4$), ПЗ ($50,9 \pm 2,2$) и ФКЗ ($40,0 \pm 1,2$), чем аналогичные показатели у мужчин - ($79,6 \pm 3,0$); ($63,1 \pm 2,95$); ($45,5 \pm 1,4$) ($p<0,05$). Показатели РФ и СФ имели тенденцию к ухудшению. ПКЗ достоверно не отличался - ($39,7 \pm 1,2$) и ($42,7 \pm 1,8$) соответственно ($p>0,05$). Также выявлено, что при наличии у пациентов ожирения II

степени КЖ статистически не отличалось от КЖ при ожирении I степени, но было несколько ниже по таким показателям, как ФФ, ОСЗ, СФ, ПЗ. КЖ больных с ожирением III степени в сравнении с ожирением I степени, было достоверно ниже по таким шкалам – ФФ на (9,46 %), РФЕ на (6,27 %), ЗСЗ на (9,35 %), СФ на (6,74 %), ПЗ на (12,84 %).

Заключение:

Таким образом, у женщин, страдающих АГ в сочетании с коморбидными состояниями показатели КЖ хуже, чем у мужчин. Пациенты с ожирением III степени испытывают трудности, как при выполнении физических нагрузок, так и при общении с друзьями, родными, вследствие ухудшения физического и эмоционального состояния здоровья.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лунева Ю.В., Безуглова Е.И., Поветкин С.В.,
Крюкова С. В., Коломиец В.И.

ГБОУ ВПО КГМУ, МУЗ КГБ№1 им. Короткова,
г. Курск

Введение (цели/задачи):

Современная стратегия лечения сочетанной кардиальной патологии (ИБС, АГ, ХСН) заключается в снижении АД, ЧСС, уменьшении приступов стенокардии, увеличении толерантности к физическим нагрузкам, что, в свою очередь, ведет к улучшению качества жизни пациентов. Цель исследования: оценить клиническую эффективность различных схем фармакотерапии у пациентов с сочетанной кардиальной патологией.

Материал и методы:

В исследовании участвовали 80 пациентов (возраст 45 - 65 лет) с сочетанной сердечно-сосудистой патологией: стабильная стенокардия напряжения (I-III ФК), АГ I-III степени, ХСН (I-III ФК). В исследование не включались больные с ИМ давностью менее 6 месяцев, острым коронарным синдромом, аритмиями, нарушениями мозгового кровообращения, ХОБЛ. Все больные были распределены в 2 группы. Больные 1-й группы (40 человек) получали престариум А в дозе 5-10 мг/сут, карведилол в дозе 12,5-50 мг/сут, амлодипин – 5-10 мг/сут, гипотиазид – 12,5-25 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) – 75 – 100 мг/сут, аторвастатин – 20-40 мг/сут. Больные 2-й группы (40 человек) получали моноприл в дозе 10-40 мг/сут, карведилол в дозе 12,5-50 мг/сут, амлодипин – 5-10 мг/сут, гипотиазид – 12,5-25 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) – 75 – 100 мг/сут, аторвастатин – 20-40 мг/сут. Период наблюдения составил 6 месяцев. Оценивалась динамика следующих симптомов и показателей: ЧСС, АД, количество приступов стенокардии в неделю, проба с 6-мин ходьбой. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Statistica 8.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Комплексная терапия хорошо переносилась всеми пациентами. К концу срока наблюдения положительная динамика показателей толерантности к физической нагрузке (тест с 6-мин ходьбой), количества приступов стенокардии в неделю, основных показателей гемодинамики отмечалась в обеих группах. При анализе показателей гемодинамики оказалось, что статистически значимых различий

между группами исследуемых не было выявлено: Δ САД в 1й и во 2й группах составило 10,9% и 12,2% (соответственно), Δ ДАД - 10,9% и 10,2%, Δ ЧСС% - 8,9% и 10,7%.

Заключение:

Таким образом, результаты проведенных исследований указывают на выраженную клиническую эффективность комплексной терапии в обеих группах у пациентов с сочетанной кардиальной патологией в виде улучшения показателей гемодинамики, уменьшения приступов стенокардии, увеличения толерантности к физической нагрузке, что повышает качество жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Старостин И.В., Талицкий К.А., Булкина О.С.,
Самко А.Н., Карпов Ю.А.

ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Выявление клинических факторов, ассоциированных с различным состоянием коллатерального кровотока у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы:

В исследование поперечного типа включены 603 больных ИБС (27% женщин, средний возраст 61.6 ± 9.8 лет, 60.4% с инфарктом миокарда в анамнезе), у которых методом коронароангиографии был выявлен как минимум один стеноз не менее 70%. Коллатеральный кровоток в области индексного стеноза оценивали по модифицированному методу Рентропа (0 – видимых коллатералей нет; 1 - коллатерали визуализируются, контраст заполняет только ветви артерии; 2 – контраст по коллатералям заполняет сегмент коронарной артерии, однако ветви не контрастируются; 3 – контраст по коллатералям заполняет сегмент коронарной артерии и её ветви). Всем больным проведено стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Все клинические параметры и данные анамнеза включили в качестве кандидатов на независимые предикторы коллатерального кровотока в упорядоченную логит - регрессионную модель. С помощью данной модели рассчитали отношение шансов (ОШ) для лучшего состояния коллатерального кровотока.

Результаты:

Среди клинических факторов лучший коллатеральный кровоток оказался независимо ассоциирован с большей длительностью ИБС (ОШ = 1.05, $p = 0.01$), а худший – с семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (ОШ = 0.5, $p = 0.01$), курением (ОШ = 0.5, $p = 0.02$), лабильным вариантом течения артериальной гипертензии (ОШ = 0.5, $p = 0.01$) и ожирением (ОШ = 0.9 при стенозе $>95\%$, $p = 0.04$). Такие факторы, как функциональный класс стенокардии, перенесенный в прошлом инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, возраст, пол не оказывали независимого влияния на состояние коллатерального кровотока.

Заключение:

Состояние коллатерального кровотока в миокарде у больных ИБС определяется как вероятными генетическими немодифицируемыми факторами (семейный анамнез ССЗ), так и модифицируемыми факторами, ассоциированными с состоянием гемодинамики (колебания АД) и образом жизни пациента (курение, ожирение).

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ФЕНОМЕНА НЕВОССТАНОВЛЕННОГО КРОВотоКА ПРИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ДЕНИСЕВИЧ Т.Л., ПОЛОНЕЦКИЙ Л.З., САВЕНКО С.А.

ГУ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР «КАРДИОЛОГИЯ»

Введение (цели/задачи):

Лечение острого инфаркта миокарда (ОИМ) фокусируется на стратегиях ранней реперфузионной терапии (РТ). Но при выполнении РТ могут запускаться патофизиологические механизмы, приводящие к развитию феномена невосстановленного кровотока (ФНВК): отсутствие адекватного кровотока на уровне тканей после успешной реканализации инфарктсвязанной артерии. Предрасположенность к развитию ФНВК формируется целым рядом локальных и системных факторов. Цель исследования. Изучить значимость лабораторных тестов в оценке риска развития ФНВК при РТ ОИМ.

Материал и методы:

Обследовано 129 пациентов с ОИМ, которым до начала чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) ($n=94$) и тромболитической терапии (ТЛТ) ($n=35$) выполнен спектр лабораторных исследований.

Результаты:

Частота формирования ФНВК при ЧКВ составила $12,8 \pm 3,45\%$, при ТЛТ – $40,0 \pm 6,45\%$. У пациентов с ФНВК при ЧКВ достоверно снижены значения скорости дезагрегации тромбоцитов (СДТ) и дифференцирующего цитохимического коэффициента (ДЦК), характеризующего активность миелопероксидазы нейтрофилов (на $45,7\%$, $p=0,043$), повышена степень агрегации эритроцитов (СТАЭ) (на $68,4\%$, $p=0,046$). Развитие ФНВК при ТЛТ ассоциировалось со снижением активности фермента антиоксидантной защиты супероксиддисмутазы (СОД) на $33,7\%$ ($p=0,028$), увеличением СТАЭ на $60,4\%$ ($p=0,044$). С применением статистического модуля «Дерева классификации» выделены лабораторные предикторы ФНВК. При ЧКВ: сочетание стартовых значений СТАЭ $>22,1\%$ и СДТ $<10,9\%$ у пациентов с исходными значениями ДЦК $<0,40$ (точность распознавания (ТР) – $94,7\%$). При ТЛТ: 1) активность СОД $<60,1$ U/ml (ТР – $82,7\%$); 2) степень агрегации тромбоцитов (СТАТ) $>62,9\%$ (ТР – $85,7\%$).

Заключение:

У пациентов с ОИМ предикторами ФНВК при ЧКВ являются нарушения функциональной активности клеток крови (уменьшение СДТ при снижении ДЦК нейтрофилов и повышении СТАЭ). Развитие ФНВК при ТЛТ связано с низкой активностью СОД и более высокими значениями СТАТ.

ЛИПОПРОТЕИД(А) [ЛП(А)], АУТОАНТИТЕЛА К ЛП(А) И ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

КЛЕСАРЕВА Е.А., ПЫЛАЕВА Е.А., АФАНАСЬЕВА М.И.,
ПОТЕХИНА А.В., ПРОВАТОРОВ С.И., МАСЕНКО В.П.,
КРАСНИКОВА Т.Л., АРЕФЬЕВА Т.И., АФАНАСЬЕВА О.И.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Воспаление играет важнейшую роль в инициации и прогрессии атеросклероза (АС). Высокий уровень липопротеида(а) (Лп(а)) является фактором риска атеросклероза и инфаркта

миокарда, однако участие Лп(а) в процессах воспаления при прогрессировании АС не изучено. Цель. Проанализировать содержание Лп(а) и аутоантител (аутоАт) к Лп(а) в крови у пациентов с различной степенью поражения коронарных артерий, определить связь данных показателей с параметрами клеточного иммунитета.

Материал и методы:

В исследование включено 104 мужчины с различной степенью коронарного АС по данным ангиографии. Концентрацию Лп(а), а также аутоАт к нему определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Параметры липидного обмена и иммуноглобулины G и M измеряли с использованием реагентов (Bioscop, Германия) и наборов ИФА (Вектор-Бест, Россия). Определение содержания субпопуляций лимфоцитов (CD4+FoxP3+ регуляторных Т-лимфоцитов и CD4+IL17+ Т-лимфоцитов (Tx17)) – с помощью прямой иммунофлуоресценции и цитометрии, sCD25 – иммунофлуоресцентным методом на анализаторе Immulite.

Результаты:

Уровень Лп(а) связан с тяжестью поражения коронарных артерий независимо от возраста, других показателей липидного спектра, изучаемых показателей клеточного иммунитета и sCD25. Среди пациентов, имеющих одновременно повышенный высокий уровень Лп(а) и Tx17 в крови, доля лиц с многососудистым и прогрессирующим поражением коронарного русла оказалась в 2 раза выше, чем у больных с изолированным изменением указанных показателей. У пациентов с малоизменёнными коронарными артериями уровень аутоАт к Лп(а) класса M в крови был достоверно выше по сравнению с пациентами с многососудистым АС, значимых межгрупповых различий в содержании аутоАт к Лп(а) класса G не получено. Обнаружена обратная корреляция между содержанием аутоАт к Лп(а) классов M и G и уровнем маркера активации лимфоцитов sCD25 ($-0,362$, $p<0,0005$ и $-0,204$, $p<0,05$, соответственно).

Заключение:

Выявленные закономерности могут свидетельствовать об участии Лп(а) в процессах аутоиммунного воспаления при атеросклерозе.

МАРКЕРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ, ИМЕЮТ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ РЕСТЕНОЗА В СТЕНТЕ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

ХУШВАКОВА З.О., КУХАРЧИК Г.А.,

ГАЙКОВАЯ Л.Б., ВАВИЛОВА Т.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ФМИЦ им.В.А. Алмазова

Введение (цели/задачи):

В настоящее время остаётся открытым вопрос о факторах риска развития рестеноза в стенте и значимость маркеров эндотелиальной дисфункции (ЭД) для их развития после широко распространенных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST). Цель: Оценить содержание маркеров, ассоциированных с ЭД, у пациентов ИМпST в зависимости от наличия или отсутствия рестеноза в стенте в отдаленном периоде.

Материал и методы:

В исследование было включено 62 пациента с ИМпST в возрасте $57,6 \pm 8,29$ лет). Всем пациентам было выполнено стандартное обследование, в т.ч. коронароангиография

(КАГ) с последующим проведением ЧКВ и клиническим наблюдением в течение 1 года. В зависимости от исхода пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая—9 пациентов (15%) с выявленным рестенозом в стенте; 2-ая—53 пациента (75%) без рестеноза. В крови на 14 сутки ИМ, через 3 месяца и 1 год определяли содержание циркулирующих эндотелиоцитов (ЦЭ) методом проточной цитометрии, антигена фактора Виллебранда (фВ) иммунотурбидиметрическим методом и медь/цинк-зависимой супероксид-дисмутазы (Cu/Zn-SOD) иммуноферментным методом. Статистические данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха [25%;75%].

Результаты:

Содержание ЦЭ в 1 группе на 14 сутки ИМнST составило 6[3;8]кл/мл, через 3 месяца—11[6;15,5]кл/мл, через 1 год—4[1;4]кл/мл; во 2 группе—5[3;9]кл/мл, 3[2;6]кл/мл и 3[1;10]кл/мл, соответственно. Содержание ЦЭ превышало референсные значения в обеих группах, однако у пациентов 1 группы содержание ЦЭ через 3 месяца ИМнST было достоверно выше, чем у пациентов 2 группы ($p=0,017$). Содержание фВ на 14 сутки ИМнST у пациентов 1 группы составило 153[101;276]%, через 3 месяца—138[118;156]%, через 1 год—168[86;219]%; у пациентов 2 группы—122[95;193]%, 118[78;152]% и 67[62;124]%, соответственно. Содержание фВ в динамике у пациентов с ИМнST 1 группы было выше, чем во 2 группе во все сроки наблюдения, хотя отличия были недостоверны, а результаты находились в референсных пределах в обеих группах. Содержание Cu/Zn-SOD было также повышено в 1 группе (4,05[1,69;7,04]нг/мл, 3,91[2,79;6,59]нг/мл и 3,04[2,19;5,21]нг/мл на 14 сутки, через 3 и 12 месяцев, соответственно) по сравнению со 2 группой (3,56[2,12;5,05]нг/мл, 3,47[1,48;4,8]нг/мл и 1,25[1,01;1,27]нг/мл, соответственно). Достоверные различия между группами получены через 1 год ИМнST ($p=0,006$), при этом больные 1 группы демонстрировали большую вариабельность значений.

Заключение:

У больных ИМнST выявляются повышенное содержание лабораторных показателей, характеризующих ЭД. Наибольшие изменения имеют место у пациентов с развившимся в последующем рестенозом. Они сохраняются в течение первых 3 месяцев, а в некоторых случаях (Cu/Zn-SOD у больных с рестенозами) до 1 года и могут расцениваться как прогностически неблагоприятные факторы.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

БЕРНС С.А., ШМИДТ Е.А., НАГИРНЯК О.А.,
ЗЫКОВА Д.С., БАРБАРАШ О.Л.

ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: разработать математическую модель прогнозирования неблагоприятных исходов на основании комплексной оценки маркеров неспецифического воспаления, полиморфизма генов-кандидатов и мультифокального атеросклероза у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

Материал и методы:

С 2009 года в НИИ «Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» был организован регистр, в который включались пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST). Критериями включения участников исследования являлись: возникшие в течение 48 часов до госпитализации нестабильная стенокардия (НС) или Q-необразующий инфаркт миокарда (ИМ). С целью определения распространенности, клинической и прогностической значимости мультифокального атеросклероза (МФА) была проведена визуализация коронарного русла, экстракраниальных артерий (ЭКА) и артерий нижних конечностей (АНК) 266 больным, которые вошли в основное исследование. Дополнительно у 93 пациентов были изучены биомаркеры воспаления и у 178 пациентов полиморфизмы генов, имеющих отношение к неспецифическому воспалению (TNF rs1800629, IL10 rs1800872 и rs3024491, LTA rs1041981, TLR4 rs4986791 и rs4986790). Забор крови для определения биологических и генетических маркеров производился на 11-13 сутки госпитализации. Средний возраст 266 пациентов составил 59,9 (58,9-61,0) лет. Мужчин было 178 (66,9%) в возрасте 58,3 (57,1-59,6) лет, женщин — 88 (33,1%) в возрасте 63,2 (61,3-65,0) года.

Результаты:

Частота смерти/нефатального ИМ у больных с сочетанием двух генотипов (CC+AA) полиморфизмов rs1800872 гена IL10 и rs1041981 гена LTA была максимальной (28,6%), у пациентов с генотипом CA полиморфизма rs1800872 гена IL10 вне зависимости от носительства того или иного генотипа по полиморфизму rs1041981 гена LTA конечных точек не было, в остальных случаях частота осложнений находилась в пределах 7,7-7,1%. Генетическая модель (AUC=0,83 (0,72-0,94), $p=0,006$) в настоящем исследовании превосходит шкалу GRACE (AUC=0,50 (0,29-0,71), $p=0,98$) в отношении качества стратификации риска. Для создания финальной модели стратификации риска неблагоприятного исхода ОКСбпST в течение года в регрессионный анализ Кокса с пошаговым отбором были включены как классические факторы риска, так и данные об уровнях цитокинов (ИЛ-1 α , ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО- α), полиморфизмы генов IL10, LTA, TNF, TLR4. Среди множества факторов риска наиболее значимыми оказались: полиморфизм rs3024491 гена IL10 и наличие МФА с учетом стенозов периферических артерий ПА любой степени. Полученная модель (AUC=0,76 (0,71-0,82), $p=0,001$), основанная на определении генотипов полиморфизма rs3024491 гена IL10 и наличия МФА, превосходит шкалу GRACE (AUC=0,68 (0,62-0,74), $p=0,01$) в отношении качества стратификации риска наступления неблагоприятных исходов в течение 12 месяцев после ОКСбпST. Частота развития неблагоприятных событий в течение года у больных без МФА и генотипами CC, AA и AC составила 11,8%, 11,1% и 23,1%, соответственно, у пациентов с МФА и генотипами CC, AA и AC — 29,4%, 24,0% и 43,8%, соответственно.

Заключение:

Таким образом, пациенты с наличием МФА являются наиболее неблагоприятной группой в отношении течения ОКСбпST и его прогноза. Из исследуемых цитокинов значимость для госпитального прогноза продемонстрирована для ИЛ-10, для годового прогноза — ФНО- α . Эффективность оценки вероятности развития неблагоприятных исходов в течение года у больных ОКСбпST увеличивается при комплексном учете МФА и полиморфизма rs3024491 гена IL10, а также сочетания генотипов по полиморфизмам rs1041981 гена LTA и rs1800872 гена IL10.

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 7 И 9 ТИПА КАК МАРКЕРЫ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

САФАРОВА М.С., АФАНАСЬЕВА О.И., МИТРОШКИН М.,
МАТЧИН Ю.Г., КЛЕСАРЕВА Е.А., АФАНАСЬЕВА М.И.
ЕЖОВ М.В., КУХАРЧУК В.В.

ФГБУ "РКНПК" МЗ и РФ, г. МОСКВА

Введение (цели/задачи):

Исследовать взаимосвязь уровня матриксных металлопротеиназ (ММП) и их тканевых ингибиторов (ТИМП) в плазме крови с фенотипом атеросклеротических бляшек по результатам внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ) с «виртуальной гистологией», для выявления возможных патофизиологических механизмов нестабильности бляшек.

Материал и методы:

В исследование было включено 32 больных хронической ИБС (средний возраст 56 ± 8 лет, 20 мужчин), получавших медикаментозную терапию согласно современным стандартам лечения. Концентрацию высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ), ММП-7, ММП-9, ТИМП-1, ТИМП-2 определяли с использованием коммерческих наборов в сыворотке крови, взятой до проведения КАГ.

Результаты:

Методом ВСУЗИ с функцией виртуальной гистологии было исследовано 60 целевых коронарных артерий, в которых 11 (18%) бляшек у 9 (28%) больных были классифицированы как нестабильные или фиброатеромы с тонкой покрывкой. Уровень биомаркеров в группе в целом составлял: ММП-7 - $3,4 \pm 1,5$ нг/мл, ММП-9 - 679 ± 484 нг/мл, ТИМП-1 - 812 ± 221 нг/мл, ТИМП-2 - $1,7 \pm 0,4$ нг/мл. Была установлена положительная корреляция между содержанием ММП-7 и ММП-9 и размером некротического ядра: $r=0,43$, $p=0,01$ и $r=0,49$, $p=0,005$, соответственно. Отрицательная связь наблюдалась между этими типами ММП и объемом фиброзной ткани: $r=-0,45$, $p=0,01$, $r=-0,4$, $p=0,02$, соответственно. Отмечена обратная корреляция между концентрацией ТИМП-1 и содержанием фиброзно-жирового компонента бляшки ($r=-0,4$, $p=0,03$). Концентрация вЧСРБ и ТИМП-2 не была связана ни с одним из компонентов атеросклеротических бляшек коронарных артерий.

Заключение:

У больных стабильной ИБС, получающих оптимальную медикаментозную терапию, уровень матриксных металлопротеиназ 7 и 9 типа в крови напрямую связан с размером некротического ядра. Содержание таких показателей ММП-7 и ММП-9 может рассматриваться как маркер нестабильности атеросклеротических бляшек коронарных артерий у больных хронической ИБС.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ПОЛОЗОВА Э.И., КУРКИНА Н.В., ЩЕТИНИНА Д.В.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. ОГАРЕВА»

Введение (цели/задачи):

Актуальность проблемы ревматоидного артрита (РА) в современной медицине вызвана его большим медико-социальным значением, что обусловлено высокой распространенностью в общей популяции. Прогрессирование данной патологии не-

избежно сопровождается структурно-функциональными изменениями сердца. Целью работы явилось изучение особенностей ремоделирования сердца при ревматоидном артрите.

Материал и методы:

Исследуемую группу составили 30 пациентов с ревматоидным артритом (83% женщин и 13% мужчин) в возрасте $47,2 \pm 3,5$ лет, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГБУЗ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2013 г. Всем пациентам проводили электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое исследования (ЭХОКГ), определяли относительную толщину стенок левого желудочка, массу миокарда левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка. Для выделения типов ремоделирования левого желудочка использовали классификацию Ganau et al. (1992 г.).

Результаты:

Гипертрофия левого желудочка была обнаружена в 56% случаев на основании анализа заключений ЭКГ. При оценке данных ЭХОКГ было выявлено, что гипертрофия миокарда левого желудочка имела место в 69,9% случаев в анализируемой группе. Структура распределения типов геометрии сердца: нормальная геометрия – 29,9%, концентрическое ремоделирование – 6,7%, эксцентрическая гипертрофия – 36,7%, концентрическая гипертрофия – 26,7%. Проведенное исследование выявило высокую распространенность прогностически неблагоприятных вариантов ремоделирования левого желудочка – эксцентрическую и концентрическую гипертрофию у пациентов с РА, что определяет необходимость динамического контроля состояния сердечно-сосудистой системы у данной категории больных.

Заключение:

Таким образом, к особенностям ремоделирования сердца у пациентов с РА относится преимущественное формирование эксцентрической и концентрической гипертрофии левого желудочка. Данные типы структурно-геометрических нарушений сердца определяют неблагоприятный прогноз в отношении развития сердечно-сосудистых осложнений у больных РА.

МОДЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО СТРЕССА В ПЛАВАТЕЛЬНОЙ ПРОБЕ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА

СКУРАТОВА Н.А., БЕЛЯЕВА Л.М.

ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ, ГУО БЕЛМАПО

Введение (цели/задачи):

Важным является проведение исследований в модельных экспериментах на лабораторных животных для развития представлений о физиологических и патофизиологических основах вариабельности ритма сердца. Целью исследования явилась оценка динамики показателей кардиоинтервалографии в условиях моделирования регулярно проводимого физического стресса у лабораторных крыс, подвергшихся вынужденному ежедневному плаванию «до отказа» в течение 12 дней.

Материал и методы:

Для моделирования регулярного физического стресса у животных использовали ежедневное 12-дневное плавание с грузом-гайкой (10% от массы тела). Кардиоинтервалографию (КИГ)

проводили на автоматизированном комплексе "Поли-Спектр-Ритм" (Россия) с измерением стандартных показателей.

Результаты:

При оценке показателей КИГ крыс до проведения эксперимента и после 12 дневного плавания имело место достоверное увеличение Моды ($p < 0,01$), смещение индекса напряжения в сторону ваготонии, что указывало на снижение степени централизации управления ритмом сердца при регулярно проводимой физической нагрузке ($p < 0,01$). В эксперименте также выявлено достоверное снижение вегетативного показателя ритма и показателя адекватности процессов регуляции у крыс после 12 дней плавания ($p < 0,01$), что отражало сбалансированную работу вегетативной регуляции синусового узла в ответ на воздействие регулярных физических нагрузок. У крыс с высокими исходными значениями индекса напряжения были зарегистрированы нарушения ритма сердца в виде изолированной или парной экстрасистолии.

Заключение:

1. В модели ежедневного физического стресса, проводимого в течение 12 дней, у большинства крыс сформировалась «парасимпатическая доминанта» ритма, что указывает на высокие возможности биологического организма. 2. У крыс с исходно высокими значениями индекса напряжения на фоне сформировавшейся ваготонии развились нарушения ритма в виде экстрасистолии.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ

Какорин С.В., Стогов А.В.

ГБУЗ "ГКБ№4 ДЗМ", Москва, Россия

Введение (цели/задачи):

Провести сравнительный анализ морфометрических показателей, с использованием трансторакальной эхокардиографии (ЭХО-КГ), у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) осложненным острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН) с наличием сахарного диабета 2 типа (СД2) и нормальным углеводным обменом (УО).

Материал и методы:

Проведен анализ 47 историй болезни пациентов старческого возраста (75-89 лет, мужчин (М) - 18, женщин (Ж) - 29) госпитализированных в блок кардиореанимации ГКБ №4 г. Москвы с первичным ОИМпST передней локализации осложненным ОЛЖН. Стационар не оснащен оборудованием для выполнения интервенционных методов лечения больных с ОИМ. ЭХО-КГ исследование выполнялось в первые 12 часов от момента госпитализации. Изучаемые параметры включали фракцию выброса (ФВ), конечно-диастолический объем (КДО), зоны нарушения локальной сократимости – гипокинезия и акинезия сегментов левого желудочка (ЛЖ), СД2 и нормальный УО, возраст, пол. Диагноз СД2 ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистическая обработка проводилась в программе Open OfficeCalc.

Результаты:

Из 47 больных с ОИМпST передней локализации осложненным ОЛЖН 29 имели СД2 (Ж-20, средний возраст $79,7 \pm 5,6$ года; М-9, средний возраст $78,4 \pm 5,7$ года), 18 - нормальный

УО (Ж-9, средний возраст $79,2 \pm 6,1$ лет, М-9, средний возраст $80,9 \pm 6,3$ лет). В группе больных с СД2 ФВ составила $34 \pm 7,2\%$, с нормальным УО - $42 \pm 6,2\%$, $t=2,05$, $p < 0,05$. В группе больных с СД2 КДО было 194 ± 18 мл, с нормальным УО - 181 ± 17 мл, $t=1,75$, $p < 0,06$. Число сегментов ЛЖ с выявленным акинезом в группе больных СД2 составило $4,3 \pm 1,8$, с нормальным УО - $4,1 \pm 1,4$, показатели не различались между собой. Число сегментов ЛЖ с выявленным гипокинезом в группе больных СД2 составило $6,2 \pm 2,4$, с нормальным УО - $3,5 \pm 1,6$, $t=2,10$, $p < 0,05$.

Заключение:

У больных СД2 при ОИМпST осложненным ОЛЖН фракция выброса достоверно меньше, чем у больных с нормальным УО. У больных СД2 и нормальным УО при ОИМпST осложненным ОЛЖН количество сегментов акинезии достоверно не различалось. У больных СД2, по сравнению с пациентами имеющими нормальный УО, количество сегментов гипокинезии было выявлено достоверно больше. Таким образом, при одинаковой площади пораженного миокарда в зоне инфарктсвязанной артерии, сократительная способность ЛЖ у больных СД2 была меньше по сравнению с имеющими нормальный УО. Количество сегментов гипокинезии можно объяснить наличием макро- и микроангиопатии, «метаболической ишемии» при СД2, что увеличивает площадь гибернирующего миокарда и снижает сократительную способность миокарда.

НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИГЕНАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Балабан А.И., Ярема Н.И., Савченко И.П.,
Радецкая Л.В., Коцюба О.И.

ГВМУ "Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского"

Введение (цели/задачи):

Диастолическая сердечная недостаточность очень распространена и составляет больше половины всех случаев хронической сердечной недостаточности. Сегодня эта проблема остается недостаточно изученной. Цели. Исследовать особенности нарушения диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) и показателей оксигенации крови у больных с ИБС: стенокардией напряжения III ФК и сопутствующим СД 2 типа.

Материал и методы:

1 группа составила 42 пациента со стабильной стенокардией напряжения III ФК. 2 группа включила 32 больных с ИБС: стабильной стенокардией напряжения III ФК, у которых был сопутствующий СД 2 типа. Группу контроля составили 20 здоровых особей, равнозначных за возрастом и полом. Проведено: эхокардиоскопию с исследованием ДФЛЖ, оценку оксигенации артериальной крови при помощи пульсоксиметрии и венозной крови при помощи метода оксиметрии.

Результаты:

У пациентов 2 группы соотношение Е/А было ниже по сравнению с группой контроля на $32,4\%$, ($p < 0,01$), а с больными 1 группы - на $13,6\%$ ($p < 0,05$). Соотношение Е/Е' было выше на $16,8\%$ ($p < 0,05$) в группе пациентов с со-

путствующим СД 2 типа в сравнении с больными 1 группы. Показатель IVRT был достоверно выше на 31,8 % у больных 2 группы в сравнении с группой контроля и на 19,1 % выше в сравнении с пациентами без СД. У больных 2 группы сатурация артериальной крови была ниже на 6,8 %, а венозной - на 7,4 % в сравнении с 1 группой. Насыщение артериальной крови кислородом было ниже у больных 2 группы и составило $(132,82 \pm 0,06)$ мл·л⁻¹, у пациентов 1 группы этот показатель был выше - $(178,64 \pm 0,09)$ мл·л⁻¹ ($p < 0,05$).

Заключение:

У больных с ИБС: стабильной стенокардией напряжения III ФК с СД 2 типа отмечено более выраженную диастолическую дисфункцию левого желудочка, снижение сатурации и насыщения кислородом артериальной и венозной крови, что свидетельствует о более тяжелом течении диастолической сердечной недостаточности и развитии циркуляторной гипоксии при сопутствующем СД 2 типа.

НЕИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ РАСТЯЖИМОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Гайшун Е.И., Пристром А.М., Князева И.Е.

УЗ «1-я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»,
Минск, БелМАПО, Минск

Введение (цели/задачи):

Цель исследования. Разработать неинвазивную методику выявления лиц с нарушением растяжимости общей сонной артерии (ОСА) с высокой прогностической ценностью положительного результата.

Материал и методы:

Для оценки растяжимости ОСА использовался новый индекс $\alpha = \ln(Ds/Dd)/\ln(Ps/Pd)$, где Ps и Pd – систолическое и диастолическое артериальное давление, Ds и Dd – диаметр ОСА в систолу и диастолу. На основе ультразвукового исследования ОСА у 150 практически здоровых людей определялись средние значения и 95%-ый доверительный интервал (a; b) среднего указанного индекса. Предлагаемая методика заключается в следующем: вывод о нарушении растяжимости ОСА принимается лишь тогда, когда значение индекса α меньше границы a доверительного интервала (a; b). Использование доверительного интервала было направлено на уменьшение влияния случайных факторов, связанных с выбором группы здоровых людей при определении среднего значения индекса α , и следовательно, на повышение надежности выводов о нарушении растяжимости ОСА. По нашим расчетам прогностическая ценность положительного результата в данной методике не менее 90%.

Результаты:

Нарушение растяжимости ОСА выявлено у 19-33% практически здоровых людей, что можно рассматривать как оценку риска развития доклинической стадии атеросклероза.

Заключение:

Предложенная методика может быть использована для выявления лиц с высоким риском развития доклинической стадии атеросклероза. Таким лицам рекомендуются методы первичной профилактики, позволяющие предотвратить переход возможного заболевания в манифестированную форму.

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ У ЛИЦ ОРГАНИЗОВАННОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ

Чирва О.В., Фадеев Г.Д., Несен А.А., Шапо В.Л.

ГУ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ТЕРАПИИ
им. Л.Т. Малой НАМН Украины"

Введение (цели/задачи):

Повышение эффективности профилактики развития нейрорегуляторной дистонии (НЦД) у лиц организованной студенческой популяции путем выявления основных триггерных факторов образа жизни и особенностей клинических проявлений.

Материал и методы:

Обследовано 82 лиц (29 юношей, 53 девушек) с установленным диагнозом НЦД, кардиальная форма, средний возраст $(20,5 \pm 0,3)$ лет. Студенты самостоятельно заполняли анкеты образа жизни и анкеты Вейна для определения вегетативного статуса. Диагноз «нейрорегуляторная дистония» устанавливался согласно действующему стандартному протоколу (Приказ № 436 МЗ Украины от 03.07.2006). Группу контроля составили 127 молодых лиц без жалоб и проявлений НЦД.

Результаты:

Все лица с установленной НЦД имели жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: 91% жаловались на чувство дискомфорта в области сердца, 72,5% - усиленное сердцебиение (ЧСС > 90 уд/мин), 15 человек (8,4%) указывали на брадикардальный синдром (ЧСС < 60 уд/мин), что в большинстве случаев сопровождалось похолоданием ладоней и стоп, избыточной потливостью, склонностью к головокружению. Аритмичный синдром наблюдался у 62,4% больных НЦД, снижение работоспособности - 69,7%, склонность к похолоданию ладоней и стоп, мраморный рисунок и цианотичным оттенок кожи кистей рук - 69,7%, чувство затруднения при дыхании - 36%, головные боли и головокружение - 40,5%, обмороки - 18,5%. При сравнении результатов анкетирования по образу жизни среди пациентов с НЦД чаще, чем в контроле, встречались недостаточная физическая нагрузка (менее 4 часов в неделю) ($p < 0,001$), хронический психоэмоциональный стресс ($p < 0,001$), сон менее 6 часов в сутки ($p = 0,002$), длительные промежутки между приемами пищи (прием пищи менее 3 раз в сутки) ($p = 0,038$), пищевые токсикоинфекции в анамнезе ($p = 0,007$) и прием лекарственных препаратов по любому поводу на момент анкетирования ($p = 0,007$).

Заключение:

Полученные данные подтверждают актуальность изучаемой проблемы и позволяют предположить, что с целью профилактики развития НЦД у лиц организованной студенческой популяции особого внимания требует модификация образа жизни, включающая физическую активность, достаточный сон, регулярное питание, работу над психоэмоциональным состоянием в условиях современной интенсификации учебного процесса.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КЛЕТочНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ДКМП И ХСНКуликова Т.Г., Степанова О.В., Валихов М.П.,
Чадин А.В., Самко А.Н., Терещенко С.Н., Масенко В.П.

РКНПК МЗ РФ, Москва

Введение (цели/задачи):

Представление о том, что сердце является терминально дифференцированным органом существовало в медицине многие годы. Работы последних лет доказали, что процессы самообновления происходят в сердце человека в течение жизни. Такие регенеративные процессы осуществляются либо за счет постнатальных зрелых кардиомиоцитов, при этом способные к обновлению клетки приобретают фенотип, схожий с фенотипом фетальных кардиомиоцитов, либо за счет клеток предшественников кардиомиоцитов, ремнантов эмбриогенеза. Целью работы было выяснить, существуют ли эти механизмы регенерации миокарда при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы:

Эндомиокардиальные биоптаты (ЭМБ) пациентов с ДКМП и связанной с ней ХСН были изучены методами электронной микроскопии, количественной ПЦР в реальном времени, иммунофлуоресценции. Работа с ЭМБ была одобрена Министерством Здравоохранения РФ и Этическим комитетом.

Результаты:

При изучении ЭМБ пациентов методом электронной микроскопии были обнаружены кардиомиоциты с фенотипом, схожим с фенотипом фетальных кардиомиоцитов. При этом структура саркомеров была неупорядоченной. Наблюдалось большое количество гликогена в клетках, что свидетельствует о сдвиге метаболизма в сторону фетального. При исследовании методом ПЦР в ЭМБ был выявлен повышенный уровень экспрессии ANP, свойственный фетальному фенотипу. Помимо этого в ЭМБ методом иммунофлуоресценции были обнаружены клетки предшественники кардиомиоцитов по маркерам стволовых клеток и маркеров ранней кардиомиоцитарной дифференцировки

Заключение:

Наличие двух механизмов регенерации миокарда при ДКМП и ХСН позволит разработать методы лечения этого заболевания путем активации и пролиферации постнатальных кардиомиоцитов и клеток предшественников кардиомиоцитов.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРЕКРАЩЕНИЯ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТАМИ ПОЛИКЛИНИК И ЧАСТНЫХ КЛИНИК

Наумова Е.А., Семенова О.Н.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И.
Разумовского Минздрава России**Введение (цели/задачи):**

На основании опроса пациентов кардиологического профиля в поликлиниках и частных клиниках выявить основные причины отказа от терапии.

Материал и методы:

В 2013г. до приема врачей проводилось анонимное анкетирование согласившихся на участие пациентов кардиологического профиля в поликлиниках и частных клиниках г.Саратова.

Количество участников ограничивалось администрацией учреждений. Вопросы были посвящены возможным причинам прекращения лечения. При ответе пациент мог выбрать одно из возможных утверждений. Учитывалось общее количество ответов каждого пациента.

Результаты:

Участвовало 90 пациентов: 38(42,2%) из частных клиник, 52(57,7%) из поликлиник, из них 30(33,3%) мужчин и 60(66,7%) женщин, медиана возраста 65 лет. В анамнезе у 82(91,1%) пациентов - артериальная гипертензия, у 46(51,1%) - ишемическая болезнь сердца, у 8(8,9%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 54(60%) - хроническая сердечная недостаточность, у 6(6,7%) - перенесенный инсульт. 8(8,9%) пациентов имеют сахарный диабет, 34(37,8%) избыток массы тела, 34(37,8%) ожирение. 20(52,6%) пациентов частных клиник прекращали ранее назначенное лечение по причинам: «хорошо и без препарата» (10(26,3%)), препараты имели побочные эффекты (6(15,8%)), опасение нежелательных последствий лечения (4(10,5%)). Причины отказа от лечения в поликлиниках для 16(30,7%) пациентов: «хорошо и без препарата» (10(19,2%)), материальное положение (4(7,7%)), опасение нежелательных последствий лечения (2(3,8%)). Такие факторы, как «сложный и неудобный режим приема», «препараты не улучшают самочувствия», «препараты ухудшают самочувствие», «не удобно посещать врача», «не сложились отношения с врачом» в отказе от терапии роли не играют.

Заключение:

Половина пациентов с сердечно-сосудистой патологией в частных клиниках прекращала терапию. Основными причинами прекращения терапии сердечно-сосудистых заболеваний пациентами в поликлиниках и частных клиниках является хорошее самочувствие, опасение нежелательных последствий лечения. Пациенты поликлиник также отмечают материальную причину отказа.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ильченко И.А., Бобронникова Л.Р.

Национальный медицинский университет,
Харьков, Украина**Введение (цели/задачи):**

Цель. Выявить нарушения сердечного ритма и установить их взаимосвязь с повышенным давлением у пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 68 пациентов с впервые выявленной АГ (33 мужчины, 35 женщин; средний возраст $42,6 \pm 4,7$ лет; индекс массы тела $23,5 \pm 4,3$ кг/м²). Оценивались результаты суточного мониторирования электрокардиограммы (СМЭКГ) и артериального давления (СМАД).

Результаты:

Среднесуточные показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления были соответственно: $154,4 \pm 6,8$ мм рт ст; $95,6 \pm 4,7$ мм рт ст. Повышение вариабельности САД (> 15 мм рт ст) отмечалась у 58% больных; ДАД (> 14 мм рт ст) - у 11% больных. Индекс времени (ИВ) гипертензии САД $>50\%$ отмечался у 52% больных; ИВ

ДАД>50% - у 13% больных. Изменение циркадного ритма установлено у 79% пациентов, из них: 68% тип «non-dipper»; 23% - «night-peaker» и 9% - «over-dipper». Наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) выявлена у 67% больных, желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) - у 7%; пароксизмы наджелудочковой тахикардии (ПНЖТ) - у 13%; пароксизмы фибрилляции предсердий (ПФП) - у 2% больных. Установлена достоверная связь между повышением САД и частотой НЖЭ. Так, при повышении САД на 2,128 мм рт.ст. частота НЖЭ увеличивалась на 1,273 (94%; ДИ: 1,115 - 1,548; $p<0,05$).

Заключение:

У пациентов с впервые выявленной АГ отмечаются преимущественно наджелудочковые нарушения ритма. Доклинические нарушения ритма могут быть дополнительным фактором риска и прогностически неблагоприятно влиять на течение АГ. Раннее выявление и лечение аритмий у лиц с впервые выявленной АГ важно для выбора оптимальной патогенетической терапии.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кудинова Е.В.

ГУЗ "Липецкая поликлиника №1"

Материал и методы:

Обследовано 75 больных (женщины) в возрасте от 60 до 80 лет с установленным диагнозом ревматоидный артрит (РА) и артериальная гипертензия (АГ). Также были обследованы 30 здоровых лиц для определения нормальных значений суточного мониторинга артериального давления (СМАД). СМАД проводилось на аппарате Meditech card(x)plore (Венгрия). За повышенное АД принимались среднесуточные значения выше 125/80 мм рт.ст. В соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии (2013г.) всем обследуемым проводилось определение степени и стадии АГ, а также стратификация риска.

Результаты:

В группе больных РА в сочетании с артериальной гипертензией медиана САД при офисном измерении и СМАД была достоверно выше по сравнению с контрольной группой (147,8 мм.рт.ст. против 123 мм.рт.ст. соответственно). При этом установлены высокие показатели пульсового АД у женщин, страдающих РА в сочетании с АГ, так медиана ПАД при офисном измерении и при СМАД в этой группе составила 66,7 мм.рт.ст. и 61,5 мм.рт.ст. соответственно против 45 мм.рт.ст и 52 мм.рт.ст в группе здоровых лиц ($p<0,01$). Проводилось сравнение частоты гемодинамических типов артериальной гипертензии. В исследуемой группе частота систолидиастолической гипертензии составила 80%, изолированной систолической артериальной гипертензии - 20%. По результатам СМАД оценивался суточный профиль артериального давления для анализа колебаний в дневные и ночные периоды. Из 75 пациентов, которым проводилось суточное мониторирование АД, число дипперов (пациентов с физиологическим типом суточного индекса и нормальным снижением АД в ночные часы) составило 56 % . У 20 (26,6%) пациентов, страдающих РА выявлен патологический тип суточного профиля non-диппер (non-dipper), характеризующийся недостаточным снижением АД в ночные часы. У 8 (10,6%) пациентов суточный индекс колебаний АД соответствовал типу night-peaker (найт-пикер) - повышение АД в ночные часы, у 5 (6,8%) больных выявлен тип over-диппер (over-dipper), характеризующийся неадекватно низким уровнем АД ночью .

Заключение:

Суточный ритм АД у больных РА по данным СМАД характеризуется повышением САД, высокими уровнями пульсового АД , отсутствием адекватного снижения АД в ночные часы.

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТОВ В ПОЛИКЛИНИКАХ И ЧАСТНЫХ КЛИНИКАХ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Семенова О.Н., Наумова Е.А.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ

им. Разумовского Минздрава России

Введение (цели/задачи):

На основании опроса пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в поликлиниках и частных клиниках оценить их отношение к своему здоровью и их приверженность.

Материал и методы:

В 2013г. до приема врачей проводилось анонимное анкетирование согласившихся пациентов кардиологического профиля в поликлиниках и частных клиниках г.Саратова. Количество участников ограничивалось администрацией учреждений. Вопросы были посвящены отношению к здоровью и проводимой терапии. При ответе пациент мог выбрать одно из утверждений. Учитывалось общее количество ответов, с помощью одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между характеристиками.

Результаты:

Участвовало 90 пациентов: 38(42,2%) - пациенты частных клиник, 52(57,7%) - поликлиник, из них 30(33,3%) мужчин и 60(66,7%) женщин, медиана возраста 65 лет. В анамнезе у 82(91,1%) пациентов - артериальная гипертензия, у 46(51,1%) - ишемическая болезнь сердца, у 8(8,9%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 54(60%) - хроническая сердечная недостаточность, 6(6,7%) - перенесенный инсульт. Абсолютное большинство опрошенных считают здоровье собственной заботой. Так ответили 38(73,1%) пациентов поликлиник и 30(78,9%) частных клиник ($p=0,01575$). 8(15,4%) пациентов поликлиник считают здоровье заботой врачей. 4(10,5%) пациента частных клиник и 6(11,5%) поликлиник выбрали комбинации: «здоровье - забота врачей, собственная и родственников». Не ответили 4(10,5%) человека в частных клиниках. Большая часть пациентов в поликлинике (38(73,1%)) считает, что принимать назначенные препараты нужно постоянно ($p=0,02728$). Среди пациентов частных клиник так считает 18(47,4%). Остальные считают, что лечиться можно курсами и по потребности. Принимают препараты постоянно на самом деле 20(52,6%) пациентов частных клиник и 32(61,5%) поликлиник. Выявлена статистическая тенденция к приему пациентами частных клиник препаратов «когда прижмет» (14(36,8%), $p=0,07294$).

Заключение:

Большая часть пациентов кардиологического профиля считают, что заниматься здоровьем должны они сами, лишь малая доля участников перекладывает эту заботу на врачей и родственников. Однако лечиться на постоянной основе предпочитают лишь пациенты поликлиники в отличие от пациентов частных клиник, предпочитающих курсовую терапию.

Для пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий

Включено в
Российские
рекомендации
по диагностике
и лечению
ФП 2012¹

Эликвис® – единственный антикоагулянт,
который **превосходит** варфарин по трем
ключевым показателям:

- ✓ Снижение риска инсульта/системной эмболии*
- ✓ Профиль безопасности - уменьшение риска развития больших кровотечений*
- ✓ Снижение общей смертности*
- + Не требует контроля МНО**

Эликвис®
апиксабан

**ЕДИНСТВЕННЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ, ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ
ВСЕ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ**

* в сравнении с варфарином

Granger CB et al, Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2011;365:981-992.

** МНО - международное нормализованное отношение

Торговое название: ЭЛИКВИС®

МНН: апиксабан

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Показания к применению

- Профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава.

- Профилактика инсультов, системной тромбоэмболии и снижение смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий. *Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренным митральным стенозом или с искусственными клапанами сердца.*

Противопоказания

Гиперчувствительность к любому компоненту препарата, клинически значимое кровотечение, тяжелые нарушения функции печени, нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, применение у пациентов, находящихся на диализе, возраст до 18 лет, беременность, грудное вскармливание.

Не рекомендуется одновременно применять апиксабан с препаратами, действие которых может быть связано с развитием серьезных кровотечений (см. раздел "Взаимодействие с другими лекарственными средствами")

Подробно см. полную инструкцию по применению препарата.

Способ применения и дозы

Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. В случае пропуска приема препарат следует принять как можно скорее, а в дальнейшем продолжить прием 2 раза в сутки в соответствии с исходной схемой.

У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: по 1 таблетке 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12-24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава - от 10 до 14 дней.

У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 1 таблетке 5 мг два раза в сутки.

У пациентов с фибрилляцией предсердий в сочетании с двумя или более из следующих характеристик – возраст старше 80 лет, масса тела менее 60 кг или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л), – рекомендуемая доза препарата Эликвис® снижается до 1 таблетки 2,5 мг два раза в сутки.

Регистрационное удостоверение:

ЛП-002007 от 19.02.13

Отпускается по рецепту врача.

Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

Для получения необходимой информации перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.

ЭЛИКВИС®
апиксабан

¹ - Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ. 2012



Bristol-Myers Squibb



Объединяя опыт, расширяем возможности

432RU13PR07212-01-01
WRUELQAD13015

Новое поколение коронарных баллонов

EMPIRA®

RX PTCA Pre-Dilatation Catheter

EMPIRA® NC

RX PTCA Post-Dilatation Catheter

Сделай сложное простым

Пройодимостъ

Cordis®
a Johnson & Johnson company

Ground breaking, Life changing®

Контроль

- **Пройодимостъ:** уменьшенный, за счет специальной укладки, профиль баллона позволяет проходить самые сложные поражения¹
- **Повторная проходимостъ:** новое стойкое к смыванию гидрофильное покрытие сохраняет свои свойства на протяжении всей процедуры независимо от ее продолжительности
- **Гибкость и устойчивость:** материал баллона – DURALYN® Flex нового поколения в сочетании с устойчивым на излом шифтом придает системе необходимые гибкость и устойчивость для прохождения самых сложных поражений
- **Превосходный контроль при раздутии:** EMPIRA® NC – самый некомплаентный в классе постдилатационных баллонов с наилучшим показателем контроля при раздутии

¹ Подтверждено данными исследований Cordis, 2010.

ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, Москва, ул.Крылатская, д.17, корп. 3
Тел.: (495) 580 7777, факс: (495) 580 7878

Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2012/12007. Товар сертифицирован. Для медицинских специалистов. Реклама.

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Мирсайдуллаев М.М., Мамасалиев Н.С.

Андижанский Государственный медицинский институт,
Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучение отношения к своему здоровью и профилактике повышенного артериального давления (П АД) у ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции Ферганской долины Узбекистана.

Материал и методы:

На основе списков ВИЧ-населения Наманганского и Ферганского областного регионального центра по борьбе СПИДом была сформирована репрезентативная выборка для эпидемиологического исследования, стратифицированная по полу и возрасту методом сплошного отбора. Общая численность обследованной выборки составила 341 человек. В обследовании ВИЧ-населения применялись следующие методы: опросные, инструментальные, биохимические и иммунологические, использована специальная анкета по выявлению сердечнососудистых заболеваний и П АД и их факторов риска (ФР) в популяции ВИЧ-инфицированных.

Результаты:

Анализ самооценок здоровья показал, что для ВИЧ-населения характерна 4 диапазона ответов: хорошее здоровье – 6,1%, удовлетворительное здоровье – 40,6% ($p < 0,001$), плохое 48,7% ($p < 0,001$) и отличное – 4,6%. Для ВИЧ-населения характерен следующий диапазон ответов в различных возрастных группах: хорошее здоровья – 17,5% (в возрасте до 24 лет), 6,7% (в 25-29 лет), 5,4% (в 30-34 лет), 3,6% (в 35-39 лет), 2,6% (в 40-44 лет) и 0,0% (≥ 45 лет); удовлетворительное здоровье – 75,0% (в возрасте до 24 лет), 60,6% (в 25-29 лет), 57,6% (в 30-34 лет), 32,7% (в 35-39 лет), 12,8% (в 40-44 лет), 8,0% (в 45-49 лет) и 5,0% (≥ 50 лет); плохое здоровье – 85,0% (в возрасте до 24 лет), 51,7% (в 25-29 лет), 64,3% (в 30-34 лет), 34,5% (в 35-39 лет), 20,5% (в 40-44 лет), 28,0% (в 45-49 лет) и 30,0% (≥ 50 лет) и отличное здоровье – по 15,0%, 5,6%, 4,1%, 1,8%, 2,6% и 0,0% - соответственно. Следовательно, в зависимости от возраста наиболее положительное отношение к своему здоровью оказались у ВИЧ-населения в группе до 24 лет, и 25-34 лет. По результатам исследования, 12,3% ВИЧ-населения выразили свои отношения к профилактическим мероприятиям в отношении П АД в виде ответа «очень положительное», 29,6% - «частично да, можно участвовать», 47,5% - «никогда не участвовал в профилактике», 6,7% - «нет, не полезна» и 3,8% - «не могу ответить».

Заключение:

В целом, у 87,7% ВИЧ-населения имеет место недостаточная информативность об эффективности профилактических мероприятий в отношении АГ. Вероятно, эта ситуация должна привлекать внимания как исследователей, так и практиков.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРВЕДИЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ БЕТА-РЕЦЕПТОРОВ И АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНУЮ АКТИВНОСТЬ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиева Т.А., Камилова У.К.

Ташкентская медицинская академия, РСНПМЦ
ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение (цели/задачи):

Изучение влияния карведилола на показатели бета-рецепторов и аденилатциклазную активности мембран эритроцитов у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

Обследовано 43 больных мужского пола, в возрасте от 45 до 55 лет (средний возраст $53,4 \pm 4,4$ лет) с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненной ХСН. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Плотность бета2-адренорецепторов эритроцитов у больных ХСН определяли с использованием набора реактивов « β -АРМ-АГАТ» (Россия). Активность аденилатциклазы гомогенатов эритроцитов определяли по методике Solomon (1979). 43 больных (24 больных со II ФК и 21 больных III ФК ХСН, получали на фоне базисной терапии (ингибиторы АПФ, спиронолактон, нитраты, аспирин, петлевые диуретики) - карведилол («Дилатренд» фирмы «Roche»), средне-суточная доза которого при II ФК составляла $23,8 \pm 4,6$ мг/сут и при III ФК $33,65 \pm 6,9$ мг/сут.

Результаты:

Анализ результатов исследования показал, что у больных II ФК ХСН исходная плотность эритроцитарных бета2-адренорецепторов (β_2 -АР) 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 больных со II ФК ХСН базальная активность аденилатциклазы был на 31,9% ниже по сравнению с показателями контрольной группы, составляя $4,15 \pm 0,14$ против $6,1 \pm 0,19$ пмоль/мг/мин контрольной группы. Данный показатель у больных с III ФК ХСН составил $3,56 \pm 0,13$ пмоль/мг/мин, что на 41,6% ниже по сравнению с показателем контрольной группы и на 14,2% показателем больных со II ФК ХСН ($p < 0,01$). Проведенные нами исследования показали, что при включении карведилола в комплексную терапию через шесть месяцев у больных II ФК отмечалось снижение плотности β_2 -АР на 15,7% ($p < 0,01$), а у больных III ФК на 22,7% ($p < 0,01$) от исходных показателей. У больных ХСН снижение плотности β_2 -АР сопровождалось увеличением активности аденилатциклазы: у больных со II ФК – на 15,3% и у больных с III ФК – на 13,9% ($p < 0,01$), соответственно по сравнению с исходным уровнем.

Заключение:

Таким образом, у больных ХСН состояние бета2-адренорецепторов характеризуется увеличением их плотности и десенсибилизацией аденилатциклазной системы, которые наиболее выражены у больных с III ФК ХСН. Длительная терапия карведилолом способствовала снижению плотности бета-адренорецепторов и увеличению активности аденилатциклазы.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДКА

Леушина Е.А.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Введение (цели/задачи):

Актуальность. В XXI веке проблема коморбидности заболеваний вышла на первый план. Основными причинами смерти по данным 2012 года является сердечно-сосудистая патология - 48%

случаев. Приблизительно 12,8% общемировой ежегодной смертности связано с повышенным артериальным давлением (АД) (ВОЗ, 2013). Около 40% взрослого населения Российской Федерации имеют высокие цифры АД. Сочетание моторно-эвакуаторных нарушений желудка с артериальной гипертензией (АГ) также достигает 40% случаев. Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению продолжительности госпитализаций, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений. Цель исследования. Изучить уровень качества жизни по показателям физического здоровья у пациентов с АГ в сочетании с моторно-эвакуаторной дисфункцией желудка.

Материал и методы:

Были обследованы 50 пациентов с АГ и моторно-эвакуаторной дисфункцией желудка, которые находились на стационарном лечении в терапевтической клинике. Контрольная группа - 50 человек без моторно-эвакуаторных нарушений желудка. Средний возраст в группах составил $44,5 \pm 1,2$ и $41,5 \pm 1,8$ года ($p < 0,05$). Группы сопоставимы по полу. Оценку уровня качества жизни по показателям физического здоровья у обследованных пациентов проводили с использованием опросника общего типа SF-36. Ответы оценивали в баллах от 0 до 100. Статистическая значимость различий определялась по критерию t-Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Суммарный показатель физического здоровья в группе пациентов с АГ без моторно-эвакуаторных нарушений желудка составил $46,5 \pm 1,3$; в группе пациентов с сочетанием АГ и моторно-эвакуаторными нарушениями желудка - $37,4 \pm 0,7$ ($p < 0,001$).

Заключение:

Таким образом, наличие моторно-эвакуаторной дисфункции желудка достоверно снижает качество жизни по суммарным показателям физического здоровья у пациентов с АГ. Это говорит о необходимости проведения профилактических мероприятий с данной категорией пациентов.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

БЕЗУГЛОВА Е.И., ЛУНЕВА Ю.В., ПОВЕТКИН С.В.,
КОРНЕЕВА С.И., ОСИПОВ Д.В.

ГБОУ ВПО КГМУ, КУРСК

Введение (цели/задачи):

Контроль АД у больных ИБС имеет важное значение, поскольку риск развития острых коронарных событий в значительной мере зависит от величины АД. Высокая ЧСС в покое является значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также внезапной смерти пациентов с ИБС, ХСН, перенесших ИМ и пациентов с АГ. Исходя из этого, терапия направленная на снижение АД, ЧСС, уменьшение приступов стенокардии, увеличение толерантности к физическим нагрузкам способствует улучшению качества жизни и улучшению выживаемости пациентов. Цель исследования: оценить клиническую эффективность комплексной фармакотерапии у пациентов с сочетанной кардиальной патологией.

Материал и методы:

Критерии включения в исследование: возраст 45 – 65 лет, наличие стабильной стенокардии напряжения (I-III ФК),

возможно наличие ПИКС, АГ I-III степени, ХСН (I-III ФК). Критерии исключения: больные с ИМ давностью менее 6 месяцев, острым коронарным синдромом, аритмиями, нарушения мозгового кровообращения, ХОБЛ. Все больные (50 человек) получали моноприл в дозе 10-40 мг/сут, карведилол в дозе 12,5-50 мг/сут, амлодипин – 5-10 мг/сут, гипотиазид – 12,5-25 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) – 75 – 100 мг/сут, аторвастатин – 20-40 мг/сут. Назначение препаратов проводилось методом титрования под тщательным контролем клинического состояния больного, уровня АД, ЧСС, лабораторных показателей. Подбирались клинически эффективные дозы препаратов. Период наблюдения составил 6 месяцев. Оценивалась динамика ЧСС, АД, количество приступов стенокардии в неделю, тест с 6-мин ходьбой. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Statistica 8.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Комплексная терапия пациентов с сочетанной кардиальной патологией хорошо переносилась всеми пациентами. Отмены, отказов и побочных эффектов от приема препаратов не было. К концу срока наблюдения отмечалась положительная динамика клинических показателей толерантности к физической нагрузке (тест с 6-мин ходьбой) с 302 ± 28 м до 422 ± 43 м, уменьшение количества приступов стенокардии с $5,9 \pm 2,0$ до $2,2 \pm 1,4$ в неделю. А также отмечалась положительная динамика гемодинамических показателей: Δ САД - 12,2%, Δ ДАД - 10,2%, Δ ЧСС - 10,7%.

Заключение:

Таким образом, результаты проведенного исследования указывают на выраженную клиническую эффективность комплексной терапии пациентов с сочетанной кардиальной патологией в виде улучшения показателей гемодинамики, уменьшения приступов стенокардии, увеличения толерантности к физической нагрузке, что повышает качество жизни пациентов.

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ

МАЙТБАСОВА Р.С.

Научный центр педиатрии и детской хирургии РК

Введение (цели/задачи):

Цель: Изучить возрастно-половые особенности пароксизмальной тахикардии у детей, прошедших обследование в стационарных условиях республиканской клиники.

Материал и методы:

В стационарных условиях отделения сердечно-сосудистой патологии Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК (НЦПДХ) обследованы 21 детей с пароксизмальной тахикардией (ПТ) в возрасте от 5 мес до 14 лет. Из них мальчиков - 9 (42,9 %), девочек - 12 (57,1 %). Критерием для отбора служило наличие у ребенка одного и более зарегистрированных на ЭКГ приступов пароксизмальной тахикардии. Клинико-инструментальные исследования включали: ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ультразвуковое исследование сердца и щитовидной железы, оценка вегетативного статуса, а также же стандартное общеклиническое исследование.

Результаты:

Время с момента начала приступа ПТ и до поступления в нашу клинику составило от 1 мес до 12 мес. 47,6% детей с

ПТ приходился на возраст до 2-х лет. Детей с пароксизмальной формой тахикардии в возрасте от 2-х и до 8-летнего возраста включительно, в наших наблюдениях не встречалось. В возрасте 9 лет и старше детей с ПТ составило 52,4%. Из них 18 детей (85,7%) имели суправентрикулярную форму ПТ и 3 (14,3%) – желудочковую. Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия (СПТ) встречалась в 6 раз чаще, чем желудочковая и среди девочек встречалась почти в 2 раза чаще, чем среди мальчиков. Для детей раннего возраста была характерна только СПТ. У всех детей раннего возраста они были частыми (от одного раза в месяц до ежедневных), тогда как среди детей старшего возраста с СПТ лишь у одного ребенка они были частыми. Желудочковые пароксизмальные тахикардии (ЖПТ) наблюдались лишь у детей старшего возраста и они были редки (менее 1-3 раза в год). Среди детей раннего возраста в 1/3 случаев пароксизмы были ночью, у большинства (70,0%) – смешанные (днем и ночью). Среди старшей возрастной группы, как СПТ, так и с ЖПТ пароксизмы возникали как в дневное, так и ночное время – по 36,4 %, в вечерние часы – 18,2% и лишь у одного ребенка с СПТ – в момент утреннего пробуждения. Необходимо отметить, что при ночных пароксизмах частота приступов в год у детей старшего возраста была выше, чем при дневных пароксизмах. По времени возникновения первого приступа ПТ выявлены три возрастных периода наибольшего риска возникновения заболевания: от 2-х до 6 мес, 8 лет и 11-12 лет. Наиболее часто (55,5%) манифестация аритмии происходила в возрасте до 6 мес и второй возрастной период – 9 лет и старше. Наиболее раннее возникновение приступа было отмечено на 2-м мес. жизни, наиболее позднее – в 12 лет. У всех детей раннего возраста приступы ПТ были выявлены случайно: во время массажа (1), на фоне ОРВИ и кишечной инфекции (4), после судорожного синдрома (1 ребенок). У остальных детей раннего возраста без явных провоцирующих факторов приступы СПТ повторялись ежедневно, а то и несколько раз в день. У детей старшего возраста приступы чаще (23,8%) провоцировались психоэмоциональным напряжением: у всех трех детей с ЖПТ и 2-х из 8 детей с СПТ.

Заключение:

Таким образом, СПТ встречается чаще, чем желудочковая и среди девочек в 3 раза чаще, чем среди мальчиков. Для детей раннего возраста характерны частые приступы СПТ, что связано с незрелостью проводящих путей и/или наличием аномальных по типу Кента, Махейма. При ночных пароксизмах частота приступов была больше, чем при дневных.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Зернюкова Е.А., Бакумов П.А., Гречкина Е.Р.

Волгоградский государственный медицинский университет

Введение (цели/задачи):

Целью исследования было оценить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у медицинских работников.

Материал и методы:

Обследовано 420 медицинских работников в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало анкетирование, антропометрический и лабораторный методы исследования. Использованы опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению,

опросники качества жизни (SF-36, EQ-5D). У 46 медицинских работников с никотиновой зависимостью 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. Средний возраст респондентов составил 45,2±1,9 лет.

Результаты:

30% обследованных медицинских работников страдали гипертонической болезнью (из них 13% занимались самолечением), у 63% выявлена избыточная масса тела (из них 31% страдали ожирением I-III степени), у 11% имелась никотиновая зависимость. Выявлена положительная корреляционная зависимость между индексом массы тела и возрастом медработников ($r=0,41$, $p<0,05$), между уровнем глюкозы крови и уровнем систолического ($r=0,04$, $p<0,05$) и диастолического артериального давления ($r=0,5$, $p<0,05$), между уровнем холестерина и уровнем систолического ($r=0,4$, $p<0,05$) и диастолического артериального давления ($r=0,3$, $p<0,05$). Каждый респондент с никотиновой зависимостью 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. Выявлена очень слабая или слабая никотиновой 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. Обследованные курящие медицинские работники имеют слабую или очень слабую никотиновую зависимость, а около половины из них желают бросить курить.

Заключение:

Целенаправленная коррекция выявленных модифицируемых факторов риска (артериальная гипертония, ожирение, дислипидемия, нарушения углеводного обмена, курение) позволит проводить эффективную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПРИ РАЗНЫХ СТЕПЕНЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Азизов В.А.О., Эфендиева Л.Г.Г.,

Ибрагимов Ш.С.Г., Гусейнова Н.И.Г.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку

Введение (цели/задачи):

Актуальность темы. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в условиях обычной жизнедеятельности человека открывает дополнительные диагностические и лечебные возможности. Не вызывает сомнения, что СМАД позволяет получать большую диагностическую информацию по сравнению с традиционным способом измерения АД, следовательно, и более точно прогнозировать сердечно-сосудистые осложнения и оценивать эффективность гипотензивной терапии. Целью исследования является изучение показателей суточного мониторирования при разных степенях артериального давления.

Материал и методы:

Объектом нашего исследования стали 100 больных ГБ. В зависимости от уровня артериального давления больные были

распределены на 2 группы: на АГ I степени (n=66) и АГ II степени (n=34). Возраст больных колеблется от 35 до 80 лет. Мужчины – 32 больных, женщины – 68.

Результаты:

По результатам исследования показатели суточного мониторингирования артериального давления: индекс площади нагрузки (ИПН), индекс времени (ИВ), вариабельность (ВАР) при I степени и II степени АД претерпели следующие изменения. Так ИПН САД при II степени АГ по сравнению I степенью за сутки увеличился на 163,9% ($p<0,001$), ИПН ДАД на 74,7% ($p<0,05$). ИВ САД увеличился за дневные часы на 57,4%; $p<0,001$, ИВ ДАД на 49,5% ($p<0,001$). ИПН САД увеличился на 211% ($p<0,001$), ИПН ДАД за дневные часы на 54,7%. ИВ САД за ночные часы увеличился на 25,4% ($p<0,001$), ИВ ДАД на 49,9% ($p<0,001$). ИПН САД (Н) на 149% ($p<0,001$), ИПН ДАД соответственно на 273% ($p<0,001$). Так, ВАР САД при II степени АГ за сутки была увеличена на 20,7% ($p<0,01$), ВАР ДАД на 18,1% ($p<0,01$). ВАР САД за дневные часы на 30%, ВАР ДАД уменьшилась на 12,4%. А показатели ВАР САД за ночное время уменьшились на 13,7%, а ВАР ДАД уменьшилась на 7%.

Заключение:

Динамика показателей ИВ, ИПН (САД и ДАД) в течении 24-х часов свидетельствует, что чем выше средний уровень АД, тем больше «нагрузка давлением», а показатель вариабельности не всегда коррелирует с уровнем АД.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

КАБИЕВА С.М., АМАНБЕКОВА С.Б., КОРНЕЕВА Е.А., КОШКАРБАЕВА Б.С., ДУНДУКОВА Р.С.

КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Введение (цели/задачи):

Гипоксия вызывает сложный комплекс нарушений во всех органах и системах организма плода и новорожденного, в том числе и отражается на состоянии сердечно-сосудистой системы. Воздействие гипоксии в перинатальном периоде создает предпосылки к нарушению морфогенеза кардиомиоцитов, функции проводящей системы сердца и вегетативной нервной системы, обуславливая формирование ишемических изменений в миокарде. Цель исследования: изучение факторов риска развития гипоксического поражения миокарда, изучена зависимость выраженности постгипоксических изменений миокарда от характера воздействия антен- и перинатальных факторов риска.

Материал и методы:

Нами проведено комплексное обследование 156 новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию. Изучены данные о течение беременности и родов у матерей обследуемых детей

Результаты:

При анализе материнского анамнеза у большинства детей выявлены статистически значимые показатели неблагоприятного течения антенатального периода: беременность протекала с угрозой прерывания у 44,2% матерей на фоне тяжелого гестоза (48,1%) и анемии (49,4%), у 26,3% матерей наблюдалась фетоплацентарная недостаточность. Значимыми факторами развития гипоксии в ин-

транатальном периоде были: обвитие пуповины (26,9%), патология плаценты (15,4%), преждевременное излитие околоплодных вод (24,4%), слабость родовой деятельности (20,5%), применение акушерских пособий (21,8%). Для прогнозирования риска реализации кардиоваскулярных нарушений нами разработана таблица для прогнозирования риска гипоксического поражения миокарда у новорожденных. Наибольшая сила связи факторов с гипоксией (более 4) определяет высокий риск реализации постгипоксических изменений в миокарде. К факторам высокого риска относятся: обвитие пуповины (сила связи - 9,7), предлежание и/или отслойка плаценты (8,0), фетоплацентарная недостаточность (7,3), угроза прерывания беременности (6,1), анемия (5,1).

Заключение:

Таким образом, к факторам высокого риска гипоксического поражения миокарда у новорожденных относятся: обвитие пуповины, патология плаценты, угроза прерывания беременности, анемия. Использование прогностических факторов риска имеет значение для своевременной коррекции гипоксии плода и позволит снизить риск формирования кардиальной патологии у новорожденных.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ИХ КОМБИНАЦИИ

ФЕДОРОВА М.М., МАКОЕВА М.Х., РОЙТМАН А.П., ДОЛГОВ В.В., СЕМИТКО С.П., АВТАНДИЛОВ А.Г.

ГБОУ ДПО РМАПО, ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ России

Введение (цели/задачи):

Изучение динамики изменений концентрации NT-proBNP и диастолической функции ЛЖ у больных острым инфарктом миокарда после эндоваскулярного вмешательства, тромболитической терапии и их комбинации.

Материал и методы:

Обследовано 102 больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМнST) до 6 часов от начала заболевания (возраст 25 - 60 лет). Пациенты разделены на 3 группы: I - 40 больных ОИМнST с первичным стентированием, II - 32 больных ОИМнST с отсроченным стентированием в течение 24 часов после эффективной тромболитической терапии (ТЛТ), III - 30 больных ОИМнST с эффективной ТЛТ без эндоваскулярного вмешательства. Всем пациентам проведено доплер-эхокардиографическое (доплер-ЭХОКГ) исследование с оценкой диастолической функции ЛЖ на 1 и 7 суток ОИМ. Для её изучения использовалось соотношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения ЛЖ (Е/А). В каждой группе у 20 больных (всего 60) на 1, 3 и 7 сутки изучали концентрацию NT-proBNP.

Результаты:

Анализ данных доплер - ЭХОКГ: на 1 сутки течения ИМ в I группе пациентов развивался I тип диастолической дисфункции (наиболее благоприятный), Е/А=0,9±0,04; во II (Е/А=1,1±0,05) и III (Е/А=1,1±0,06) группах уже к концу первых суток инфаркта миокарда, несмотря на эффективную ТЛТ, формировался

«псевдонормальный» тип диастолического наполнения ЛЖ. На 7 сутки исследования в I ($E/A=1,17\pm0,04$, ($p<0,01$)) и во II ($E/A=1,22\pm0,09$ ($p>0,05$)) группах пациентов также регистрировался «псевдонормальный» тип диастолического наполнения ЛЖ. В III группе пациентов к 7 суткам течения ИМ выявлено нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ по прогностически неблагоприятному рестриктивному типу ($E/A=1,5\pm0,1$ ($p<0,001$)). У пациентов I группы значения NT-proBNP в 1 сутки составили 284 ± 86 пг/мл, на 3 сутки - 341 ± 136 пг/мл, на 7 сутки - 254 ± 134 пг/мл ($p>0,05$). Во II группе на 1 сутки - $493,5\pm133$ пг/мл, на 3 сутки 567 ± 110 пг/мл, на 7 сутки 511 ± 87 пг/мл ($p>0,05$). В III группе в 1 сутки - $475\pm96,4$ пг/мл, на 3 сутки $450\pm11,9$ пг/мл, на 7 сутки 926 ± 306 пг/мл, ($p>0,05$).

Заключение:

Динамика NT-proBNP соответствует типам диастолической дисфункции ЛЖ, которая в свою очередь зависит от способа восстановления коронарного кровотока. Превышение NT-proBNP более 500 пг/мл служит критерием появления первых признаков раннего постинфарктного ремоделирования ЛЖ у больных ОИМпСТ.

ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Ярцев С.Е., Петров И.М., Шоломов И.Ф.

Тюменская клиническая больница №1,
ГБОУ ВПО ТюмГМА

Введение (цели/задачи):

Охарактеризовать динамику факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на фоне работы кабинета профилактики в муниципальном учреждении первичного звена здравоохранения в ходе пятилетнего проспективного наблюдения.

Материал и методы:

Обследовано 1350 мужчин трудоспособного возраста, подлежащих диспансеризации в 2007 г., повторные результаты получены при обследовании 865 пациентов. Средний возраст когорты составил $46\pm5,8$ лет, оценивали модифицируемые факторы риска (ФР): курение, артериальная гипертензия (АГ), избыточную массу тела и ожирение, гиперхолестеринемия (ГХ), СД.

Результаты:

В динамике 5-и летнего проспективного наблюдения количество курильщиков снизилось на 6% ($p=0,0124$), а число пациентов с низкой физической активностью (НФА) на 5% ($p=0,0212$). На фоне этого, значимо уменьшилось количество пациентов с крайне высоким уровнем АД на момент осмотра ($\geq 180/110$ мм.рт.ст.) и выраженной гиперхолестеринемией ($ОХС\geq 7$ ммоль/л), количество которых составило 0,35% ($p=0,0005$) и 0,69% ($p=0,0136$) соответственно, что дает нам основания отклонить нулевую гипотезу. При этом отмечено увеличение число больных с ожирением ($p=0,0449$) и 4% рост количества пациентов с АГ ($p=0,0922$). Вышеописанные особенности структуры ФР привели к тому, что суммарное количество больных с множественными ФР (4 и более) снизилось с 7,8% до 5,3%, что статистически значимо ($p=0,041$). Тогда как по количеству пациентов без ФР ($p=0,53$), с 1 ФР ($p=0,3$), с 2 ФР ($p=0,117$) и 3 ФР ($p=0,107$) различия не значимы с отчетливой тенденцией к снижению их количеству и отдельно взятого пациента. Результаты анкетирования показали значимое повышение осведомленности мужчин

состоянии здоровья по всем анализируемым позициям. Так число пациентов знающих свои цифры АД возросло с 51,8% до 80,7% - $p<0,0001$. Практически в 2,5 раза увеличилось количество пациентов знающих свои цифры концентрации ОХС, во время повторного обследования количество таких больных составило 36,8% (318), $p<0,0001$. Несколько в меньшей степени возросло число обследованных информированных о концентрации глюкозы, количество которых составило 24,9%, против 15,8% на момент включения в исследование, однако данные параметры также статистически значимо выше, $p<0,0001$.

Заключение:

В результате 5-летнего проспективного наблюдения 865 мужчин трудоспособного возраста установлено, что работа кабинета профилактики приводит к снижению количества больных с такими факторами риска как курение (6%), низкая физическая активность (5%), сопровождается значительным ростом осведомленности о состоянии собственного здоровья и улучшением контроля гипертензии и гиперхолестеринемии. На фоне этого увеличивается суммарное количество больных с такими заболеваниями как АГ и ожирение.

ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Андрианова О.Л., Мирсаева Г.Х., Ибрагимова Л.А.,
Кокина Н.В., Хабилова А.А.

Башкирский государственный медицинский
университет, Поликлиника № 46, г. Уфа

Введение (цели/задачи):

Актуальность: Сахарный диабет (СД) характеризуется «стертой» клинической симптоматикой и повышенным в 2-4 раза риском ишемической болезни сердца (ИБС). Возможность профилактики СД типа 2 и ИБС на ранних стадиях заболевания диктует необходимость проведения скринингового обследования населения. В 60% случаев имеет место поздняя диагностика заболевания ввиду «стертой» клинической симптоматики СД типа 2. Возможность профилактики СД типа 2 и ишемической болезни сердца (ИБС) на ранних стадиях заболевания диктует необходимость проведения скринингового обследования населения. Цель работы: Обследование больных ишемической болезнью сердца и выявление нарушений углеводного обмена.

Материал и методы:

Заполнялись специально разработанные анкеты. Проводились обследования больных, исследования холестерина, ЭКГ, Эхо-КГ. Измеряли уровень глюкозы крови с помощью глюкометра и анализатора. Нами было обследовано 114 больных ИБС в возрасте от 36 до 82 лет, средний возраст $58,7\pm3,7$ года.

Результаты:

Наследственная отягощенность по сахарному диабету отмечалась у 18%, диабетические жалобы предъявляли 16%. Диагностирован у 8% сахарный диабет 2 типа, у 10% - нарушенная толерантность к глюкозе. Диагноз, верифицированный по показаниям глюкометра был подтвержден на лабораторном оборудовании. Ожирение выявлено у 34% мужчин (индекс массы тела - $34,6\pm1,9$ кг/м²) и 38% женщин (индекс массы тела - $31,4\pm1,3$ кг/м²). Артериальная гипертензия установлена у 43%, артериальное давление - систолическое - $163,3\pm12,1$ и диастолическое - $94,7\pm3,2$ мм. рт. ст. Начало сахарного диабета диагностировалось одновременно с сосудистыми осложнениями у 48%. Абдоминальное ожирение со-

четалось с артериальной гипертензией у 28%, и абдоминальное ожирение имело место у 93% пациентов СД типа 2.

Заключение:

Таким образом, проведенное скрининговое исследование позволяет выявить больных СД и его предикторами на ранних этапах, определить комплекс лечебно-профилактических мероприятий и доказывает необходимость дальнейших исследований.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мирсаева Г.Х., Андрианова О.Л., Ибрагимова Л.А., Низамутдинова Р.С., Мирсаитова Р.И.

БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, ПОЛИКЛИНИКА № 46, г. Уфа

Введение (цели/задачи):

Цель работы: анализ особенностей ИБС у больных СД.

Материал и методы:

Заполнялись специально разработанные анкеты. Проводились обследования больных, исследования холестерина, ЭКГ, Эхо-КГ. Измеряли уровень глюкозы крови с помощью глюкометра и анализатора. Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 36 до 74 лет, средний возраст – 56,7±4,4 года.

Результаты:

Продолжительность сахарного диабета 2 типа составила от 1 до 14 лет. Ожирение андроида типа выявлено у 100% (индекс массы тела – 35,4±0,6 кг/м², окружность талии у мужчин – 112±2,5 см и у женщин – 102±2,8 см). Из анамнестических данных было установлено, что у 95 % больных ожирение развивалось в возрасте от 26 до 43 лет и предшествовало выявлению сердечно-сосудистых заболеваний и/или диабета в течение 6 – 14 лет. Распределение ожирения по степеням – 70% больных имели 1 степень ожирения (индекс массы тела – 28,4±1,2 кг/м²), 24% – 11 степень ожирения (индекс массы тела – 33,5±1,4 кг/м²), 6% – 111 степень ожирения (индекс массы тела – 37,8±1,8 кг/м²). Артериальная гипертензия выявлена у 90% (артериальное давление 167,6±13,1 и 100,7±1,7 мм.рт.ст.), ишемическая болезнь сердца – у 80%, нарушения ритма сердца – у 12%. Средний уровень глюкозы натощак – 7,4±0,4 ммоль/л, холестерина – 5,8±0,2 ммоль/л. Гипертрофия левого желудочка (по ЭКГ и ЭхоКГ) отмечена у 80% больных и коррелировала с ИМТ и степенью артериальной гипертензии. Больные получали следующую терапию: инсулин, назначенный ранее – 10%, 4 % пациентов инсулин был назначен при данной госпитализации, метформин – 44% глибенкламид – 40%, гликлазид МВ – 25%, комбинированная терапия проводилась у 6%, ингибиторы дипептидилпептидазы 4 – 14%, ингибиторы АПФ – 50%, диуретики – 10%, антагонисты кальция – 24%, β-блокаторы – 37%, статины – 33%, дезагреганты – 53%, цитопротекторы – 65%. Только 17% пациентов принимали назначенные амбулаторно препараты регулярно, самоконтроль проводили 8%, соблюдали рекомендации по питанию – 27%.

Заключение:

Сочетание ИБС и сахарного диабета ухудшает течение коморбидных заболеваний. Для уменьшения развития и прогрессирования поздних осложнений необходима коррекция гликемии, метаболических нарушений, гемодинамических показателей.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДФРАКЦИЙ ЛИПОПРОТЕИДОВ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ СТАТИНАМИ

Артемяева Н.В., Уткина Е.А., Афанасьева О.И., Матчин Ю.Г., Бурдейная А.Л., Адамова И.Ю., Ежов М.В., Покровский С.Н.

ФГБУ "РКНПК" МЗ РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Изучить связь подфракций липопротеидов высокой и низкой плотности с коронарным атеросклерозом у мужчин, принимающих статины.

Материал и методы:

В исследование включили 110 мужчин (средний возраст 58±10 лет) с клиническими показаниями к коронарной ангиографии; 92 человека с подтвержденным коронарным атеросклерозом составили основную группу, 18 пациентов с интактными коронарными артериями – контрольную. Тяжесть коронарного атеросклероза оценивалась по количеству пораженных магистральных коронарных артерий (1, 2 или 3). Определение подфракций липопротеидов низкой плотности (ЛНП) и высокой плотности (ЛВП) проводили с использованием системы "Lipoprint®Quantimetrix", (США). Подфракции ЛВП разделяли на большие (1-3) и промежуточные (4-7), которые соответствуют общепринятым ЛВП2b, и мелкие (8-10), эквивалентные ЛВП2a.

Результаты:

Большинство больных находились на терапии статинами не менее 1 месяца до коронарной ангиографии: 95% пациентов основной группы и 61% – контрольной. Статистически значимых отличий по показателям липидного профиля, концентрации мелких плотных ЛНП (мЛНП) между группами не было, в контрольной группе отмечено преобладание промежуточных подфракций ЛВП 4-7 ($p<0,001$). При корреляционном анализе по Спирмену была установлена обратная связь между количеством пораженных коронарных артерий и подфракциями ЛВП 6 и 7 ($r=-0,232$; $-0,272$, $p<0,01$) и антиатерогенной фракцией липопротеидов промежуточной плотности (ЛПП) ($r=-0,313$; $p=0,001$) и позитивная связь с окисленными ЛНП ($r=0,205$, $p=0,03$) и мЛНП ($r=0,188$, $p=0,05$). По данным многофакторного анализа была показана обратная связь между наличием и тяжестью коронарного атеросклероза с промежуточными подфракциями ЛВП 5-7 и ЛПП ($p<0,01$ для всех) независимо от возраста, липидного профиля и подфракций ЛНП.

Заключение:

У мужчин, принимающих статины, имеется обратная связь коронарного атеросклероза с концентрацией ЛПП и промежуточными подфракциями ЛВП 4-7, которые можно рассматривать, как дополнительный антиатерогенный фактор.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТУРИКЕМИИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ В ГРУППАХ, РАЗЛИЧНЫХ ПО СОЦИАЛЬНОМУ ГРАДИЕНТУ

Мамасалиев Н.С., Мирсайдуллаев М.М.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучение распространенности гипертурикемии (ГУ) среди по-

пуляции ВИЧ-положительного населения в группах, различных по социальному градиенту.

Материал и методы:

На основе списков ВИЧ-населения Наманганского и Ферганского областного регионального центра по борьбе СПИДом была сформирована репрезентативная выборка для эпидемиологического исследования, стратифицированная по полу и возрасту методом сплошного отбора. Общая численность обследованной выборки составила 341 человек. В обследовании ВИЧ-населения применялись следующие методы: опросные, инструментальные, биохимические и иммунологические, использована специальная анкета по выявлению сердечнососудистых заболеваний и ПАД и их факторов риска (ФР) в популяции ВИЧ-инфицированных. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением t-критерия Стьюдента и использованием программы Excel-2000.

Результаты:

Данные исследование показали, что у ВИЧ-положительного населения отмечалось существование градиента последовательного увеличения риска нарушений пуринового обмена по мере увеличения возраста. С возрастом риск ГУ повышается 6-тикратно и в зависимости от возраста выявляемость данного фактора риска увеличивается на 25,0% ($p<0,001$). Распространенность ГУ у ВИЧ-положительного населения в возрастной группе до 24 лет составляет – 5,0%, в 25-29 лет – 5,6%, в 30-34 лет – 8,2% ($p<0,05$), в 35-39 лет – 10,9% ($p<0,05$), в 40-44 лет – 15,4% ($p<0,01$), в 45-49 лет – 20,0% ($p<0,001$) и в возрасте 50 лет и старше – 30,0% ($p<0,001$) и в возрастном диапазоне 20-50 лет – 10,6%. Показатель распространенности ГУ у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин составил 16,0% и 6,3% соответственно; то есть определялся сравнительно высокой частотой (в 2,5 раза или на 9,7%) в этнической группе мужчин, чем у женщин ($p<0,01$). Аналогичные тенденции были отмечены и, в группах коренного и некоренного ВИЧ-положительного населения. Было отмечено, что у коренного ВИЧ-положительного населения распространенность ГУ существенно больше (11,0%), чем у некоренного ВИЧ-положительного населения (6,0%). Среди коренных жителей её распространенность превышает частоты ГУ у ВИЧ-инфицированных (ВИЧи) некоренных жителей на 5,0% или в 1,8 раза ($p<0,05$). Также данные показали, что в зависимости от образовательного статуса распространенность ГУ у обследованного ВИЧ-положительного населения отмечается с разницей в показателях на 3,8% или в 4,2 раза ($p<0,001$). Частота распространенности ГУ в ВИЧ-лица с начальным образованием составляет – 1,4%, среди лиц со средним и высшим образованием по 5,0% и 2,9% ($p<0,05$), а у ВИЧ-лиц с колледжным образованием – 1,2%. Отмечено было наличие статистически значимого различия в показателях распространенности ГУ у ВИЧ-положительного населения, различных по брачному статусу. Так, среди ВИЧ-инфицированных, состоящих в браке и разводе, а также у ВИЧи-одиноких/вдовых частота выявляемости ГУ разнятся в 6,9 раз или на 6,5% ($p<0,001$) и составляет соответственно: – 1,1%, 2,1% и 7,6%. Кроме того, установлено, что ГУ среди ВИЧ-популяции мусульманов по частоте выявляемости существенно выше (8,9%), чем у ВИЧ-христианов (2,1%); $p<0,001$.

Заключение:

Выявленные эти закономерности в нарушениях пуринового обмена у ВИЧ-положительного населения, безусловно, важны и ценны для организации «прицельных» профилактических вмешательств против ССЗ и АГ на уровне популяции на фоне ВИЧ-инфекции.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

СЕРЕБРЯКОВА В.Н., ХАМЕДОВА М.Ш.,
КАВЕШНИКОВ В.С., ТРУБАЧЕВА И.А.

ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, ОГАУЗ
Томская областная клиническая больница

Введение (цели/задачи):

Изучить распространенность метаболического синдрома (МС) с использованием различных критериев диагностики среди педагогов средних общеобразовательных школ (СОШ).

Материал и методы:

Объектом исследования стала популяция педагогов 9 СОШ г. Томска. В связи с особенностями профессии в исследование включены женщины в возрасте 35-64 года. Непосредственно на рабочем месте проведен кардиологический скрининг, включающий в себя: измерение окружности талии (ОТ), измерение уровня артериального давления (АД) и забор крови с оценкой глюкозы, липидного спектра крови, гликированного гемоглобина (HbA1c). Для оценки распространенности МС использованы следующие критерии: NCEP ATP III (2001-2005)-диагноз выставлялся на основании наличия трех и более критериев: ОТ ≥ 88 см, ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л, ХС ЛПВП $< 1,29$ ммоль/л, гликемия натощак $\geq 5,6$ ммоль/л, АД $\geq 130/85$ мм рт.ст. и/или прием гипотензивных препаратов; IDF (2005) – ОТ ≥ 80 см плюс два из следующих критериев: ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л или же проводимая гиполипидемическая терапия, ХС ЛПВП $< 1,29$ ммоль/л, гликемия натощак $\geq 5,6$ ммоль/л или наличие сахарного диабета (СД) 2 типа, АД $\geq 130/85$ мм рт.ст. или проводится антигипертензивная терапия. Для верификации СД 2 типа определяли уровень HbA1c, за диагностический критерий принят уровень $\geq 6,5\%$. Критерии МС по ВНОК, 2009: ОТ > 80 см плюс два из следующих критериев: ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л, ХС ЛПВП $< 1,2$ ммоль/л, гликемия натощак $\geq 6,1$ ммоль/л, АД $\geq 130/85$ мм рт.ст., повышение уровня холестерина ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л.

Результаты:

Обследовано 483 педагога СОШ (отклик 84%), средний возраст $49,3 \pm 7,8$ лет. Распространенность МС среди педагогов СОШ в возрасте 35-64 года при использовании критериев NCEP ATP III, 2005 составила 32,3%. Близкие данные получены при использовании критериев IDF, 2005 – 37,7%. Максимальная распространенность отмечена при использовании критериев ВНОК, 2009 и составила 55,1%.

Заключение:

Таким образом, по данным проведенного исследования выявлено, что в обследуемой популяции в зависимости от использования различных критериев диагностики отмечена высокая распространенность МС.

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИФЕРМЕНТНОГО КОНЬЮГАТА СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗА-ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТ-КАТАЛАЗА. ЭФФЕКТЫ ПРЕВЕНТИВНОГО И ЛЕЧЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНЬЮГАТА ПРИ ЭНДОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ У КРЫС

МАКСИМЕНКО А.В., ВАБАЕВА А.В., ЗВЯГИНЦЕВА М.А.,
ВАБАЕВ А.В., АБРАМОВ А.А., ЛАКОМКИН В.Л.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/задачи):

Биофармакология сегодняшнего дня активно разрабатывает новые макромолекулярные препараты. Ферментные средства с успехом используются для терапии онкологических поражений и нарушений желудочно-кишечного тракта. В кардиологии широко применяются модифицированные белковые производные для тромболитических целей и потребностей антитромботической терапии. Развитие сердечно-сосудистых нарушений обычно сопровождается окислительным стрессом. Для его предупреждения и блокирования ведутся интенсивные исследования антиоксидантов. Успехи их экспериментального изучения способствовали формированию антиоксидантной терапии. Среди её потенциальных агентов заметное место занимают ферментные антиоксиданты – супероксиддисмутаза (СОД) и каталаза (КАТ). Эти биокатализаторы продемонстрировали в наших исследованиях достоверную эффективность применения *in vivo* для устранения губительных последствий окислительного стресса. Используя конъюгирование СОД через хондроитинсульфат (ХС) с КАТ, мы получили биферментный конъюгат СОД-ХС-КАТ. В проведенных экспериментах такое производное СОД-ХС-КАТ показало значимое профилактическое и превентивное действие при внутривенном введении кроликам и крысам пероксида водорода. Введение этого агента способствовало напрямую развитию в организме окислительного стресса. Следует заметить, что окислительный стресс сопутствует развитию и эндотоксического шока. В этом случае воспалительные реакции организма сопровождаются выраженным окислительным стрессом. Особый интерес изучения лечебного эффекта биферментного конъюгата СОД-ХС-КАТ, как и цель работы, были связаны с определением активности этого производного при превентивном и терапевтическом введении (т.е. до или после введения вызывающего поражение агента), что позволяет экспериментально определить область потенциальных назначений исследуемого средства.

Материал и методы:

Одна из моделей септического шока у животных создается введением им оболочек грамм-отрицательных бактерий, в частности, их компонента бактериального липополисахарида (ЛПС) как провоцирующего инфекционного агента. Биферментный конъюгат СОД-ХС-КАТ внутривенно вводился крысам либо за 10 минут до, либо 20 минут после болюсного введения ЛПС. В течение семи часов следили за изменениями гемодинамических параметров – артериального давления и частоты сердечных сокращений, а также за показателем летальности животных при указанном протоколе эксперимента.

Результаты:

Внутривенное введение крысам биферментного конъюгата СОД-ХС-КАТ в превентивном режиме (т.е. до введения инфекционного агента) при развитии эндотоксического шока от действия ЛПС продемонстрировало влияние конъюгата на цитокиную (но не на предшествующую ей нейробиологическую) фазу поражения и его определенные поздние стадии. Обнаруженный эффект обосновал целесообразность оценки *in vivo*

действия производного СОД-ХС-КАТ при лечебном режиме его введения (т.е. после, а не до введения ЛПС). Действие биферментного конъюгата СОД-ХС-КАТ достоверно повышало выживаемость животных при эндотоксическом шоке, демонстрируя выраженный лечебный эффект названного конъюгата при его терапевтическом использовании.

Заключение:

Полученные результаты убедительно свидетельствуют о целесообразности последовательного изучения лечебного действия биферментного конъюгата СОД-ХС-КАТ при его терапевтическом применении, что раньше совершенно игнорировалось для антиоксидантных агентов. Настоящее исследование выполнено при частичной финансовой поддержке РФФИ, грант 12-08-00010, и Министерства здравоохранения Российской Федерации в сотрудничестве подразделений ИЭК ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ (лабораторий биохимической инженерии, экспериментальной патологии сердца, стволовых клеток).

РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС В ПРОГНОЗЕ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

ТРЕГУБОВ В.Г., КАНОРСКИЙ С.Г., ПОКРОВСКИЙ В.М.

ГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
№ 2», ГОБУ ВПО КубГМУ

Введение (цели/задачи):

Определить значение оценки регуляторно-адаптивного статуса (РАС) в прогнозе внезапной сердечной смерти (ВСС) при хронической сердечной недостаточности (ХСН) III функционального класса (ФК).

Материал и методы:

В исследование включено 100 человек с ХСН III ФК и нарушенной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) при гипертонической болезни (ГБ) и/или ишемической болезни сердца (ИБС). На фоне комплексной терапии (квинаприл, торасемид, спиронолактон) больных рандомизировали в две группы. Первая группа – 56 пациентов (возраст $57,5 \pm 21,7$ лет), которым назначался метопролола сукцинат в дозе $59,1 \pm 12,1$ мг/сутки. Вторая группа – 44 пациента (возраст $57,1 \pm 21,4$ лет), которым рекомендовался ивабрадин в дозе $12,1 \pm 4,6$ мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев проводились: проба сердечно-дыхательного синхронизма (индекс РАС), эхокардиография (конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ, отношение пиковых скоростей трансмитральных диастолических потоков Е и А (VE/VA), фракция выброса (ФВ) ЛЖ), тредмилметрия (максимальная нагрузка, максимальное потребление кислорода (VO_{2max}) при нагрузке), тест шестиминутной ходьбы. Анализировались случаи смерти из-за декомпенсации ХСН, ишемического инсульта, инфаркта миокарда в течение 12 месяцев контролируемого лечения.

Результаты:

При сопоставимой эффективности фармакотерапии в обеих группах из 11 умерших пациентов ВСС регистрировалась в 9 случаях (81,8%). У внезапно умерших наблюдалось достоверное отличие лишь одного показателя – оказался ниже индекс РАС (на 28,7%; $p < 0,05$). Существенно не различались КДР, ФВ ЛЖ, VE/VA, максимальная нагрузка, VO_{2max} при нагрузке, содержание NT-proBNP в плазме крови. Исходно неудовлетворительный РАС (9 и менее) больных с ХСН III ФК,

как следствие выраженного симпато-парасимпатического дисбаланса, ассоциировался с повышенным риском ВСС.

Заключение:

Результаты согласуются с данными традиционных диагностических тестов, демонстрируют независимое значение оценки РАС в прогнозе ВСС при ХСН III ФК.

РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС В ПРОГНОЗЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г., Канорский С.Г., Покровский В.М.

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
ГБУ ВПО КубГМУ

Введение (цели/задачи):

Определить значение оценки регуляторно-адаптивного статуса (РАС) в прогнозе сердечно-сосудистых осложнений при хронической сердечной недостаточности (ХСН) III функционального класса (ФК).

Материал и методы:

В исследование включено 100 человек с ХСН III ФК и нарушенной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) при гипертонической болезни (ГБ) и/или ишемической болезни сердца (ИБС). На фоне комплексной терапии (квинаприл, торасемид, спиронолактон) больных рандомизировали в две группы. Первая группа - 56 пациентов (возраст $57,5 \pm 21,7$ лет), которым назначался метопролол сукцинат в дозе $59,1 \pm 12,1$ мг/сутки. Вторая группа - 44 пациента (возраст $57,1 \pm 21,4$ лет), которым рекомендовался ивабрадин в дозе $12,1 \pm 4,6$ мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев проводились: проба сердечно-дыхательного синхронизма (индекс РАС), эхокардиография (конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ, отношение пиковых скоростей трансмитральных диастолических потоков E и A (VE/VA), фракция выброса (ФВ) ЛЖ), тредмилметрия (максимальная нагрузка, максимальное потребление кислорода (VO_{2max}) при нагрузке), тест шестиминутной ходьбы. Анализировались случаи госпитализации из-за декомпенсации ХСН, ишемического инсульта и инфаркта миокарда в течение 12 месяцев контролируемого лечения.

Результаты:

При сопоставимой эффективности фармакотерапии в обеих группах пациентов с осложнениями исходно оказались меньше индекс РАС (на 42,5%; $p < 0,01$), ФВ ЛЖ (на 13,6%; $p < 0,05$), максимальная нагрузка (на 33,3%; $p < 0,05$), VO_{2max} при нагрузке (на 26%; $p < 0,01$); больше КДР (на 6,2%; $p < 0,05$); при отсутствии различия VE/VA. Снижение РАС больных с ХСН III ФК сочеталось с повышением встречаемости сердечно-сосудистых осложнений: наибольшее их число развивалось при низких (24-10) и неудовлетворительных (9 и менее) исходных значениях показателя.

Заключение:

Результаты согласуются с данными традиционных диагностических тестов, демонстрируют независимое значение оценки РАС в прогнозе сердечно-сосудистых осложнений при ХСН III ФК.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ПРОТОКОЛОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТЬЮ

Михайличенко С.И., Горбунов В.В.,
Богатиков Е.В., Людвикивич С.А.

НЦССХ им. Бакулева, ГБОУ ВПО ЧГМА,
НУЗ ДКБ ст.Чита 2

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Внезапная сердечная смерть развивается моментально или в течение часа с момента манифестации изменений в клиническом статусе пациента с наличием заболеваний сердца в анамнеза или без него. Среди всех причин смерти по данным разных исследований частота ВСС составляет около 40%. По данным ряда авторов, одна из важных причин ВСС является алкогольная кардиомиопатия (около 5,5%). Цель. Провести анализ внезапной сердечной смертности в г.Чита (Забайкальский край). Задачи. 1). Выявить процент умерших внезапно в структуре смертности от сердечно-сосудистой патологии в г.Чита в 2012 г.; 2). оценить гендерные особенности, возрастную характеристику лиц, умерших внезапно в г.Чита в 2012 г. 3). определить возможные причины внезапной сердечной смертности; 4). оценить возможное влияние злоупотребления алкоголем на риск развития внезапной смерти.

Материал и методы:

Проведен анализ 500 протоколов патологоанатомических вскрытий трупов умерших от сердечно-сосудистой патологии в г.Чита в 2012 г. Статистическая обработка анализируемого материала осуществлялась методом сплошной выборки.

Результаты:

При анализе ряда карт патологоанатомических вскрытий трупов, умерших от сердечно-сосудистой патологии в г.Чита в 2012 г. выявлено, что 22% умерло внезапно. Средний возраст составил $54,3 \pm 10,9$ лет. Среди лиц, умерших внезапно, наибольший процент занимают лица мужского пола (78%). Выявлено, что 16% лиц злоупотребляло алкоголем. Основная причина внезапной сердечной смерти является ишемическая болезнь сердца. Дилатация левого желудочка выявлена у 12% умерших, гипертрофическая кардиомиопатия у 3%, гипертрофия левого желудочка определена у 43% внезапно умерших. Среди патологоанатомических диагнозов наибольший процент занимает острая коронарная недостаточность (ОКН). В 19% причиной смерти явился инфаркт миокарда различной локализации. В 8% случаев причина внезапной сердечной смерти была определена как алкогольная кардиомиопатия.

Заключение:

Согласно проведенному исследованию, большой процент занимают случаи внезапной сердечной смерти лиц трудоспособного возраста (22%). Наиболее подвержены ВСС лица мужского пола. Большой процент в структуре ВСС г.Чита занимает алкогольная кардиомиопатия. Учитывая данные протоколов вскрытий трупов, клинический диагноз внезапной сердечной смерти не был выставлен в 98% случаев.

РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ

Азизов В.А.О., Садыгова Т.А.Г.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, БАКУ

Введение (цели/задачи):

Актуальность. Причиной вторичной легочной гипертензии (ЛГ) в 80% случаев являются хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Достоверным методом диагностики ЛГ является катетеризация центральных вен, однако в виду инвазивности и сложности проведения данной методики в качестве рутинного метода обследования не всегда представляется возможным. Одним из более доступных методов диагностики ЛГ является эхокардиография (ЭхоКГ).

Материал и методы:

В исследовании включены 127 больных (86 мужчин, 41 женщина) с клинически и инструментально верифицированным диагнозом ХОБЛ средней тяжести течения. Всем больным при поступлении проводили электрокардиографическое (ЭКГ) обследование на аппарате Cadiolinear 2100 view (Italy) и ЭхоКГ на аппарате Medison Sonoace 6000 (S.Corea).

Результаты:

У всех больных на ЭхоКГ были выявлены гемодинамические изменения в правых отделах сердца; так регургитация I степени на клапанах легочной артерии отмечалась у 78 (61,4%) больных, регургитация I степени на трехстворчатом клапане у 65 (51,2%) больных, и гипертрофия правого предсердия у 1 больного. В то время как лишь у 83 (65,3%) на ЭКГ отмечались признаки перегрузки правого предсердия. Данные полученные в результате ЭхоКГ косвенно свидетельствуют о перегрузке в правых отделах сердца, что в дальнейшем может привести к развитию гипертензии легочной артерии.

Заключение:

Исходя из результатов проведенного исследования, мы рекомендуем всем больным с ХОБЛ средней тяжести течения проводить ЭхоКГ исследование для определения ранних признаков перегрузки правых отделов сердца.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

СТРАХОВА Н.В., Зуйкова А.А., Соболева В.В.

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Введение (цели/задачи):

Оценить состояние гемодинамики у больных артериальной гипертензией (АГ) с различным уровнем кардиоваскулярного риска (КВР) методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО).

Материал и методы:

Обследовано 470 больных АГ в возрасте от 40 до 91 года (средний возраст $60,8 \pm 10,9$). Были использованы стандартные методы исследования и метод ОКО (программно-аппаратный комплекс АПКО-8-РИЦ-м), позволивший неинвазивно определить 18 параметров центральной и периферической гемодинамики. Все включенные в исследование пациенты были ранжированы по уровню КВР согласно рекомендациям РКО. В группу низкого риска (группа №1) вошли 221 больной, имевших незначимый, либо низкий, либо средний дополнительный риск. Группу высокого риска

(группа №2) составили 249 больных с высоким либо очень высоким дополнительным риском.

Результаты:

В группе 2 по сравнению с группой 1 ДАД, АДср, САД, АДп, конечное САД оказались достоверно более высокими на 11-21%. Показатели сердечной деятельности были достоверно изменены: произошло повышение минутного объема, сердечного индекса, ударного объема и индекса на 3-7%. Сосудистые показатели имели существенные отличия у больных группы 2 по сравнению с больными группы 1: произошло достоверное увеличение диаметра плечевой артерии с одновременным снижением ее податливости и податливости сосудистой системы в целом на 19,8% и 17,9% соответственно ($p < 0,000$). Скорость пульсовой волны (СПВ), линейная скорость кровотока, общее и удельное периферическое сопротивление сосудов оказались выше на 5,6 - 13,4 % в группе больных АГ с высоким риском по сравнению с группой низкого риска ($p < 0,001$). Прирост СПВ составил 12,6% ($p < 0,000$).

Заключение:

Данные изменения свидетельствуют о большей жесткости сосудистой стенки у больных АГ, имеющих высокий риск по сравнению с пациентами с низким сердечно-сосудистым риском. Это обуславливает худший прогноз течения АГ. Показатели гемодинамики, получаемые методом ОКО, высокоинформативны и статистически связаны с уровнем КВР у больных АГ.

СРАВНЕНИЕ СИМПТОМ-НЕСВЯЗАННЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВЫЯВЛЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ВИРТУАЛЬНОЙ ГИСТОЛОГИЕЙ

ТАГИЕВА Н.Р., ШАХНОВИЧ Р.М.,

МИРОНОВ В.М., РУДА М.Я.

РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС МЗ РФ, г. МОСКВА

Введение (цели/задачи):

Целью данного исследования было сравнить характеристики симптом-несвязанных поражений у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и у больных со стабильной стенокардией (СИБС) с использованием внутрисосудистого ультразвукового исследования с виртуальной гистологией (ВСУЗИ-ВГ).

Материал и методы:

В исследование было включено 70 больных: 38 с ОИМ с подъемом ST – основная группа, в группу сравнения 32 больных с СИБС. Всем больным проводилась оценка структуры атеросклеротической бляшки (АСБ) во всех основных (симптом-связанных и симптом-несвязанных) коронарных артериях методом ВСУЗИ-ВГ. Фиброатерома с тонкой покрышкой (ФАТК) – АСБ занимает более 40% от площади поперечного сечения артерии, содержит большое некротическое ядро (более 10%); содержание кальция менее 10% от общего объема бляшки, и отсутствует визуализация фиброзной ткани, отделяющей просвет сосуда от некротической части на протяжении не менее 30 градусов. Рассчитывали индекс ремоделирования



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российский кардиологический научно-производственный
комплекс Министерства здравоохранения РФ



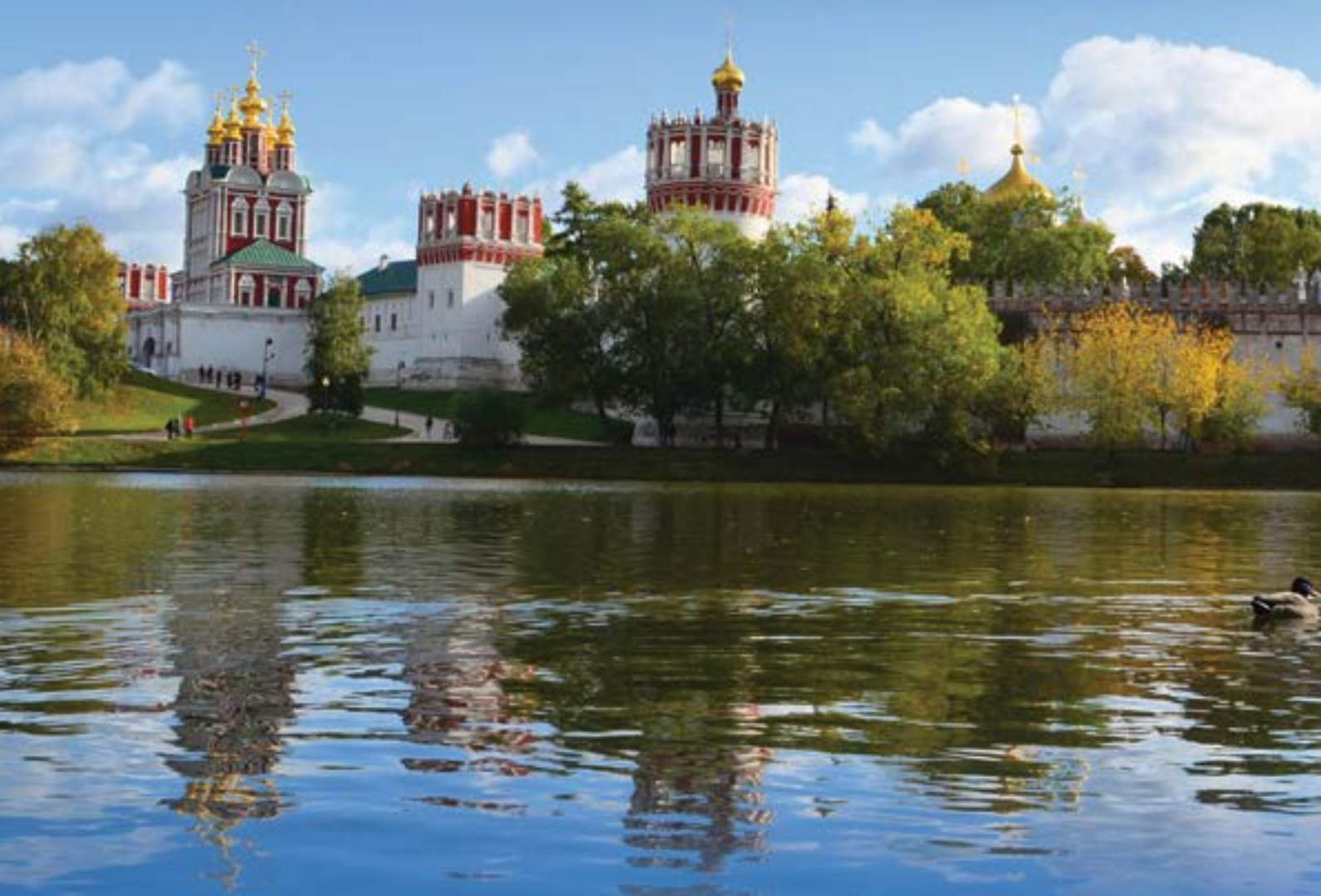
«Неотложная кардиология – 2014»

VII Всероссийский конгресс

Прием тезисов до 1 октября 2014 г. www.cardioweb.ru

26 – 27 ноября 2014 года
г. Москва

II Российский конгресс по легочной гипертензии



Прием тезисов до 1 ноября 2014 г.

www.gipertonik.ru

**11-12 декабря 2014 г.,
г. Москва**

(ИР) – отношение соотношения собственной площади артерии (СПА) в области АСБ/СПА референтного участка. Наличие отрицательного ремоделирования артерии считали при $ИР \leq 0,95$, положительное ремоделирование – при $ИР \geq 1,05$.

Результаты:

У больных с ОИМ выполнили ВСУЗИ-ВГ в 91 коронарной артерии: 35 симптом-связанной, 56 симптом-несвязанной. У больных с СИБС выполнили ВСУЗИ-ВГ 38 артерий. Было выявлено 130 АСБ: 70 у больных с ОИМ и 60 у больных с СИБС. При определении частоты ФАТК среди общего количества больных с ОИМ она составила 55%, среди больных с СИБС 24% ($p=0,01$), то есть почти у каждого второго в основной группе и четвертого больного с хронической ИБС выявлялись нестабильные АСБ. Положительное ремоделирование в зоне АСБ также было значимо выше у больных с ОИМ: $ИР = 1,13 \pm 0,21$ против $0,94 \pm 0,15$ ($p=0,014$). АСБ у больных с ОИМ достоверно отличались объемом бляшки ($63,3\% \pm 11,4\%$ против $50,8\% \pm 7,9\%$, $p=0,03$) как в симптом-связанных, так и в симптом-несвязанных артериях ($65,7\% \pm 10,1\%$ против $30\% \pm 10,2\%$, $p=0,001$). Симптом-несвязанные поражения в основной группе так же значимо отличались большим общим объемом АСБ ($231,9 \pm$ против $126,7 \pm$, $p=0,04$), более выраженным положительным ремоделированием ($ИР 1,14 \pm 0,13$ против $0,96 \pm 0,11$, $p=0,02$), меньшей минимальной площадью просвета ($5,9 \pm$ против $8,3 \pm$, $p=0,009$). Нестабильные АСБ в симптом-несвязанных артериях определялись значительно чаще у больных с ОИМ ($56,9\%$ против $14,3\%$, $p=0,016$).

Заключение:

В нашей работе было показано, что ФАТК гораздо чаще встречаются как во всех артериях, так и в симптом-несвязанных артериях у больных с ОИМ. Таким образом, ФАТК выявляются во всех артериях, то есть процессы нестабильности не ограничиваются симптом-связанной артерией. Кроме того, АСБ больных с ОИМ имели больше признаков нестабильности в целом.

СТРУКТУРА ОТРАВЛЕНИЙ КАРДИОТОКСИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Азизов В.А.О., Эфендиев И.Н.О.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку

Введение (цели/задачи):

Отравления препаратами с преимущественным влиянием на сердечно-сосудистую систему могут являться потенциально опасными для здоровья и жизни больных. Вместе с тем, токсико-эпидемиологическая структура отравлений препаратами кардиотоксического действия в Азербайджане остается неизученной

Материал и методы:

Согласно МКБ-10 диагнозы случаев отравления препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему сгруппированы в рубрике Т46. Нами было проведено пятилетнее (2009-2013 гг) проспективное исследования данной группы интоксикаций по материалам Республиканского токсикологического центра МЗ Азербайджана с использованием компьютерной электронной медицинской базы данных AKGUN.

Результаты:

Полученные результаты и их обсуждение. Больные с диагнозом

ми отравлений рубрики Т46 МКБ-10 составила 414 человек или 9,9% от когорты пациентов с отравлениями веществами, преимущественно медицинского назначения. Большинство больных (75,4%) были женщины. Средний возраст больных составлял $23,4 \pm 16,7$ лет (мужчины $18,5 \pm 19,6$ лет; женщины $25,0 \pm 15,3$ лет). Пациенты детской возрастной группы (<15 лет) – 104 человек (25,1%). 74,2% составляли самоотравления суицидального характера. Отравления сердечными гликозидами и препаратами аналогичного действия составили 2,7% случаев (рубрика Т46.0 МКБ-10); интоксикации блокаторами кальциевых каналов (рубрика Т46.1 МКБ-10) – 38,4% (первое ранговое место среди отравлений данной группы); отравления другими противоритмическими препаратами, не классифицированными в других рубриках – 1,7% (рубрика Т46.2 МКБ-10); интоксикации коронарорасширяющими препаратами, не классифицированными в других рубриках – 4,8% (рубрика Т46.3 МКБ-10); отравления ингибиторами ангиотензинконвертирующих ферментов – 18,8% (рубрика Т46.4 МКБ-10); интоксикации другими гипотензивными средствами, не классифицированными в других рубриках – 28,0% (рубрика Т46.5 МКБ-10); интоксикации препаратами, расширяющими периферические сосуды – 3,4% (рубрика Т46.7 МКБ-10); отравления другими и неуточненными средствами, влияющими преимущественно на сердечно-сосудистую систему (рубрика Т46.9 МКБ-10) – 2,2% соответственно. Вместе с тем, за пятилетний период исследования не было зарегистрировано ни одного случая отравлений антигиперлипидемическими и антисклеротическими средствами, а также антиварикозными препаратами, включая склерозирующие агенты (рубрики Т46.6 и Т46.8 МКБ-10). Острые расстройства сердечно-сосудистой системы при отравлениях данного типа проявлялись в виде экзотоксического шока, первичной токсикогенной сосудистой недостаточности, острого нарушения сердечного ритма и проводимости, а также вторичного токсического миокардита. В 10,6% случаев потребовалось протезирование витальных функций (ИВЛ, дефибрилляция), кардиомониторное наблюдение за пациентами осуществлялось в 67,3% случаев. Всем больным с пероральными отравлениями в первые часы после приема экзотоксиканта осуществлялось зондовое промывание желудка с последующим назначением энтеросорбентов. Специфический иммунный Fab-фрагментарный дигиталисный антидот не применялся ни в одном случае по причине отсутствия данного препарата в Азербайджане. В отдельных случаях в качестве антидотов по показаниям использовался унитиол, атропин, а также инфузия дисперсных липидных растворов. Летальность в группе отравлений с преимущественным действием на сердечно-сосудистую систему составила 0,7%, что несколько меньше, чем в целом в когорте отравлений медикаментозными средствами (0,9%). Из трех летальных случаев отравлений препаратами с преимущественным влиянием на сердечно-сосудистую систему, по одному летальному случаю приходилось на отравления блокаторами кальциевых каналов, гипотензивных препаратов и прочих/неуточненных кардиотоксических средств.

Заключение:

Отравления кардиотоксическими препаратами рубрики Т46 МКБ-10 составляют значимую часть в структуре острой токсикологической патологии в Азербайджане. Усиление контроля за продажей рецептурных препаратов кардиотоксического действия позволило бы снизить число таких интоксикаций в республике.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕ ЕГО

БЕРДОВСКАЯ А.Н.

УО "Гродненский государственный
медицинский университет"

Введение (цели/задачи):

Головной мозг является наиболее уязвимым звеном в случае гипоксии при судорожном синдроме у детей. В этом случае нарушается клеточный метаболизм, ионный баланс, энергетический обмен и изменяются электрофизиологические свойства миокарда. Цель исследования - выявить изменения на ЭКГ у детей, госпитализированных в неврологическое отделение по поводу судорожного синдрома.

Материал и методы:

Предметом исследования явились 98 детей в возрасте от 2 до 17 лет, поступившие в неврологическое отделение по поводу судорожного синдрома.

Результаты:

Неблагоприятное течение беременности в виде гестоза наблюдалось 25% матерей, у 11% течение беременности сопровождалась многоводием, 2 матерей являлись носителями HCV антигена. 74% детей родились через естественные родовые пути, из них с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов - 88%. 9% пациентов родились недоношенными в сроке гестации 28-34 недели и находились на выхаживании в отделении новорожденных и недоношенных с диагнозами: энцефалопатия - 13%, врожденная инфекция - 34%, нарушение периода адаптации 33%. Вес детей составил 3200 ± 800 , рост 52 ± 5 см (минимальный - 900 г, максимальный 4500). У 54% судорожный синдром выявлен впервые и проявился в виде тонико-клонических (45%) и тонических (55%) судорог. Изменения на ЭЭГ наблюдались у 57% пациентов в виде нарушения электрической активности головного мозга: у 21% - снижение порога судорожной активной активности, у 11% - эпилептиформная активность, 17% - диффузные изменения на фоновой ЭЭГ. В 5% случаев у детей с судорожным синдромом не выявлены изменения на ЭКГ. У детей с судорожным синдромом отмечались следующие изменения на ЭКГ. Изменение автоматизма синусового узла в виде синусовой тахикардии (31%), синусовой брадикардии (13%). В 21% случаев отмечались нарушения процессов реполяризации, возбудимости в виде наджелудочковой (22%) и желудочковой (2%) экстрасистолии, нарушение проводимости в виде СА блокады (4%), атриовентрикулярной блокады 1 (2%) и второй степени (1%) полная блокада правой ножки пучка Гисса (3%), синдром укороченного интервала PQ (7%), синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (2%).

Заключение:

Таким образом, на фоне гипоксии головного мозга при судорожном синдроме у детей наблюдаются нарушения автоматизма, проводимости и возбудимости сердца.

ТРЕВОЖНОСТЬ, ДЕПРЕССИЯ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

СЕРГЕЕВА В.А., АЛЕКСАНДРОВА Н.Л.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Введение (цели/задачи):

В рамках современной кардиореабилитации, направленной на коррекцию факторов риска сердечно-сосудистой патологии

(ССП) и улучшение качества жизни кардиологических пациентов, актуальность сохраняет психологическая реабилитация, преследующая основную цель - изменение восприятия стрессовых факторов, воздействие на состояние тревожности и депрессии. В многочисленных исследованиях показано, что пациенты, которым проводилась психологическая реабилитация, демонстрируют лучшую приверженность терапии, быстрее восстанавливаются после тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, имеют лучшее качество жизни. В ряде исследований выявлено негативное влияние на прогноз в отношении повторных инфарктов миокарда и увеличения риска смерти при отсутствии соответствующей психологической поддержки пациентов с ССП. Когнитивные нарушения, часто сопутствующие ССП, также следует своевременно диагностировать и учитывать при назначении пациентам с ССП терапии и формировании приверженности ей. Целью нашего исследования стала сравнительная оценка уровня тревожности (личностной и ситуативной), депрессии и степени когнитивных нарушений у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и пациентов без инфарктов миокарда в анамнезе.

Материал и методы:

Исследование проведено у 101 пациента со стабильными формами ИБС, находящегося в отделении плановой кардиологии ОКБ г. Саратов. Использованы опросники Спилбергера, Зунга (Балашовой), шкала MMSE. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета StatPlus 2009 Professional.

Результаты:

47 обследованных составили группу с пациентами с перенесенным инфарктом миокарда (ПИМ) в анамнезе, 54 - без такового. В группе пациентов с ПИМ оказалось 26% женщин, 74% - мужчин. Средний возраст пациентов этой группы $61,36 \pm 1,24$ лет. В группу без ПИМ вошли 54 пациента, 33% из которых - мужчины, 67% - женщины. Средний возраст пациентов этой группы сопоставим с возрастом пациентов предыдущей группы, составил $60,81 \pm 1,07$ лет. Анализ тревожности выявил следующие показатели в исследуемых группах. Так, в группе с ПИМ преобладала умеренная (64%) и высокая (30%) ситуативная тревожность. В группе пациентов без ПИМ умеренный и высокий уровни ситуативной тревожности также преобладавали, составив 50% и 37% соответственно. По сравнению с группой пациентов с ПИМ, в данной группе отмечено меньшее число пациентов с умеренным уровнем тревожности, зато выявлено большее число пациентов с высокой ситуативной тревожностью. Низкий уровень ситуативной тревожности в группе без ПИМ составил 13%, в то время как в предыдущей таких пациентов было только 6%. Личностная тревожность в группе пациентов с ПИМ в 32% случаев соответствовала среднему уровню, а в 68% - высокому. У пациентов без ПИМ умеренная личностная тревожность встречалась почти в том же % случаев что и в предыдущей группе (33%), а в 65% - был выявлен повышенный ее уровень. Таким образом, в обеих группах пациентов наблюдались повышенные уровни личностной тревожности, с небольшим преобладанием пациентов с высоким уровнем в группе с ПИМ. При оценке депрессивного фона в обеих группах пациентов было выявлено одинаковое количество пациентов с невротическим уровнем депрессии (9%). Когнитивные нарушения были выявлены в обеих группах пациентов. Получены некоторые интересные закономерности. Так, в группе с ПИМ без дефекта когнитивной функции оказалось только 34% пациентов, остальные испытуемые имели то или иное нарушение функции: у 45% - легкие нарушения, у 21% - умеренные и тяжелые, включая легкую деменцию. В группе без ПИМ выявлено большее число пациентов без дефектов в когнитивной сфере - 59%, легкие нарушения оказались присущи 19% пациентов, у 22% выявлены

умеренные и тяжелые нарушения когнитивной функции.

Заключение:

У пациентов с ПИМ с большей частотой выявляются когнитивные нарушения и высокие уровни личностной и ситуативной тревожности. Частота встречаемости депрессии у пациентов с ИБС как с ПИМ в анамнезе, так и без него сохраняется на одном уровне, составляя в среднем 9%. В рамках кардиореабилитации пациенты с ИБС, как с ПИМ, так и без такового, должны быть обследованы психотерапевтом с целью установления у них уровня тревожности, депрессии либо отклонений в когнитивной сфере с последующей коррекцией выявленных нарушений, что может положительно сказаться на лечении пациентов с ИБС в целом, способствовать повышению качества жизни таких пациентов, повысить приверженность терапии и улучшить прогноз.

УРОВЕНЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 И ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-1 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Усманова З.А., Розыходжаева Г.А.

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ,
ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1, г. Ташкент

Введение (цели/задачи):

Цель. Изучение содержания матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) и тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 (ТИМП-1) в сыворотке крови больных ИБС с каротидным атеросклерозом в зависимости от степени стеноза сонных артерий.

Материал и методы:

В исследование включено 45 больных с ИБС с каротидным атеросклерозом. Степень стеноза сонных артерий (СССА) определена методом цветового дуплексного сканирования на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от СССА. В 1-группу вошли 34 больных (22 мужчин и 12 женщин, средний возраст $66,8 \pm 9,9$ лет) со СССА < 50% (в среднем 34,26%) и 2-группу составили 11 пациенты (8 мужчин и 3 женщины, средний возраст $71,5 \pm 10,3$ лет) со СССА > 50% (в среднем 74,73%). Концентрацию ММП-9, ТИМП-1 в сыворотке определяли стандартными методами с помощью стандартных тест-систем для иммуноферментного анализа (BCM Diagnostics, Bender-MedSystems GmbH, Австрия). Измерение проводилось на спектрофотометре (Hospitex, Италия). Все образцы венозной крови немедленно центрифугировались, сыворотки замораживались при температуре -20 градусов. Критериями исключения из исследования были: злокачественные опухоли, диффузные заболевания соединительной ткани, цирроз печени, острые инфекционные заболевания.

Результаты:

Отмечалась тенденция к увеличению уровня ММП-9 ($225,008 \pm 16,25$ нг/мл и $193,099 \pm 9,88$ нг/мл, соответственно, $p < 0,05$) и ТИМП-1 ($1224,98 \pm 86,27$ нг/мл и $1166,74 \pm 58,37$ нг/мл, соответственно, $p < 0,05$) во 2-группе по сравнению с 1-группой. Выявлена слабая положительная корреляционная связь СССА с уровнями ММП-9 и ТИМП-1 ($r = 0,077$ и $r = 0,12$, соответственно). Значения ММП-9/ТИМП-1 (0,188 и 0,176, соответственно) были выше во 2-группе, чем в 1-группе.

Заключение:

Проведенные исследования выявили тенденцию к повыше-

нию концентрации ММП-9 и ТИМП-1, а также их соотношения в сыворотке у всех больных с атеросклерозом. Наиболее высокими были показатели у больных каротидным атеросклерозом со СССА > 50%, что указывает на выраженность воспалительно-деструктивных изменений в атеросклеротических бляшках по мере сужения артерий.

УРОВЕНЬ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ 15 СВЯЗАН С НАЛИЧИЕМ, НО НЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИБС

Соболева Д.И., Афанасьева М.И., Дмитриева О.А.,
Матчин Ю.Г., Ежов М.В.

ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить взаимосвязь таких биохимических маркеров как ростовой фактор дифференцировки (РФД-15) и трансформирующий фактор роста β (ТФР- β) с наличием и прогрессированием атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Материал и методы:

В исследование было включено 103 пациента (средний возраст 56 ± 7 лет, 80 мужчин) со стабильной ИБС. Всем больным была выполнена повторная коронарография по клиническим показаниям в течение 6-24 месяцев после первого ангиографического исследования. Для оценки степени коронарного атеросклероза использовался количественный ангиографический анализ. Контрольную группу составили 28 пациентов с интактными артериями. Определение концентрации липидов, РФД-15, ТФР- β в сыворотке крови проводился с помощью иммуноферментного анализа. Образцы были собраны перед первым ангиографическим исследованием и хранились при -70°C .

Результаты:

По данным ангиографии все пациенты с ИБС были разделены на три группы: с признаками прогрессирования (группа 1, $n = 45$) или стабилизации (группа 2, $n = 58$) коронарного атеросклероза и контрольная (группа 3, $n = 28$). Пациенты в 1 и 2 группах находились на терапии статинами. Исходные уровни общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности были сопоставимы между ними. Уровень РФД-15 не отличался существенно у пациентов с или без прогрессии коронарного атеросклероза, но в обоих случаях он был значительно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$): группа 1, 2 и 3: 313 ± 260 пг/мл; 294 ± 206 пг/мл; 170 ± 167 пг/мл, соответственно. Значения ТФР- β были сопоставимы между группами, однако имелась тенденция к более низкому уровню этого антиатерогенного биомаркера в группе с признаками прогрессии коронарного атеросклероза более низким значениям у больных с прогрессией коронарного атеросклероза, по сравнению с группой 2 и 3: $661 (428-977)$ пг/мл, $805 (529-1154)$ пг/мл, $853 (655-950)$ пг/мл, соответственно.

Заключение:

У пациентов со стабильным течением ИБС уровень РФД-15 связан с наличием, но не прогрессированием коронарного атеросклероза.

УСИЛЕНИЕ РЕГЕНЕРАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТЕВЛОВЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ВОСПАЛЕНИЯ

Зубкова Е.С., Белоглазова И.Б., Ратнер Е.И.,
Меньшиков М.Ю., Парфенова Е.В.

ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Актуальность проблемы: применение мезенхимальных стволовых клеток для регенерации ткани после инфаркта может быть оптимизировано путем воздействия на клеточные активности, существенные для перемещения клеток в область повреждения. В работе проведено изучение воздействия воспалительного цитокина, фактора некроза опухолей (TNF- α) на активность мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани (МСК ЖТ), исследованы сигнальные механизмы, опосредующие эти эффекты.

Материал и методы:

Клеточная миграция оценивалась методом раневого теста. Инвазию клеток измеряли по способности проникать через слой Матригеля. В работе использовались методы полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени, иммуноферментного анализа, иммуноблоттинга и зимографии.

Результаты:

Показано, что TNF- α служит хемоаттрактантом для МСК ЖТ, не усиливая миграцию на другие хемоаттрактанты, в т.ч. тромбоцитарный и эпидермальный факторы роста. TNF- α влияет на сократительный аппарат клеток, повышая количество F-актиновых стресс-фибрилл. TNF- α способствует инвазии МСК ЖТ через слой Матригеля, стимулируя образование фактора инвазии - матриксной металлопротеиназы-9 (ММП9), и усиливает пролиферацию МСК ЖТ.

Предстимуляция МСК ЖТ в присутствии TNF- α ускоряет их взаимодействие с моноцитами и ослабляет связывание с эндотелиальными клетками. Стимуляция эндотелиальных клеток TNF- α усиливают их способность к адгезии на МСК ЖТ. TNF- α повышает экспрессию факторов ангиогенеза (VEGF, FGF, ангиопоэтина), воспаления (IL-1, MCP-1, IL-8), адгезии (ICAM-1, VCAM-1) и инвазии (ММП9, урокиназа), а также вызывает активацию ядерного фактора NFkB и сигнальных путей, опосредуемых протеинкиназами Akt, ERK1,2 и p38.

Закключение:

TNF- α оказывает комплексное воздействие на активность МСК ЖТ, усиливая их миграционную, инвазивную, пролиферативную и адгезивную способности; эти эффекты опосредуются активацией внутриклеточного сигналинга и мобилизацией ядерного фактора NFkB

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЗВЕНЬЕВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.КУРСКА В 2011-2012ГГ.

Безуглова Е.И., Лунева Ю.В.,
Поветкин С.В., Барт Ю.И., Бобынцев Я.И.

ГБОУ ВПО КГМУ, г. Курск

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: изучение фармакоэпидемиологии потребления сердечно-сосудистых препаратов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ИБС: стабильной стенокардией и ХСН в условиях амбулаторного и стационарного звеньев здравоохранения г. Курска в сравнительном аспекте двух временных периодов: 2011 - 2012 гг.

Материал и методы:

В исследовании, проведенном в 2011 г. приняло участие 51 врач с медианой стажа работы 15 лет, среди которых было 50 (98%) терапевтов и 1 (2%) кардиолог. В 2012 г. приняли участие 108 врачей с медианой стажа работы 18 лет (88 % - терапевты и 12% - кардиологи).

Результаты:

Предпочтения врачей гипотензивных препаратов различных фармакотерапевтических групп (ФТГ) с течением времени не претерпели существенных изменений (во всех случаях $p > 0,05$): лидирующие позиции занимали ИАПФ (29%-30,3%), β -адреноблокаторы (27%-27,9%), диуретики (21%-26,4%) и блокаторы кальциевых каналов (13,9%-22%), значительно меньшей популярностью пользовались антагонисты рецепторов ангиотензина II (1%-3%) и α -адреноблокаторы (1%). ИАПФ были представлены препаратами 8 МНН, среди которых лидировали эналаприл, на 2м месте периндоприл, на 3м - лизиноприл. В структуре назначений β -адреноблокаторов наблюдалось статистически значимая тенденция к относительному учащению назначения препаратов бисопролола при одновременном более редком назначении препаратов атенолола. Отмечено статистически значимое уменьшение числа назначений препаратов блокатора кальциевых каналов верапамила. Значимо возросло использование амлодипина. В структуре назначений диуретиков произошло статистически значимое снижение частоты назначения гидрохлоротиазида и увеличение назначений индапамида, спиронолактона. Значимо возросло использование торасемида ($p < 0,001$). Среди антагонистов рецепторов ангиотензина II лидировали лозартан, телмисартан и валсартан. Наблюдалось статистически значимое увеличение приверженности к назначению оригинальных препаратов (48,5% в 2011 г. и 59,6% в 2012 г). Врачи стали реже учитывать финансовые возможности пациентов.

Закключение:

Таким образом, лидерами по частоте использования являются ИАПФ, среди которых наибольшее значение имеют препараты эналаприла. В сравнительном аспекте проводимой гипотензивной фармакотерапии в 2011-2012 гг. отмечаются положительные тенденции, с одной стороны, к уменьшению приверженности врачей к использованию устаревших препаратов и, с другой, к интенсификации использования новых препаратов, содержащих антагонисты рецепторов ангиотензина II (в том числе в составе комбинированных ЛС) и кардиоселективные бета-адреноблокаторы на фоне значительного увеличения разнообразия используемых торговых наименований.

ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Чеснокова Л.В., Петров И.М., Трошина И.А.

ГБОУ ВПО ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ Минздрава РФ**Введение (цели/задачи):**

Определить прогностическое значение фиброза печени у больных с метаболическим синдромом (МС) и неалкогольной жировой болезнью печени (НЖАБП) в оценке сердечно-сосудистого риска по данным маркеров воспаления и ингибитора фибринолиза.

Материал и методы:

Обследовано 129 больных с МС (критерии IDF 2005) в возрасте от 18 до 59 лет. Критерии исключения: перенесенные вирусные гепатиты, токсические, лекарственные, врожденные метаболические заболевания печени; описторхозная инвазия. Концентрация инсулина, фактора некроза опухолей- α (TNF- α), интерлейкина-6 (IL-6) и ингибитора активатора плазминогена 1 (PAI-1) - твердофазный иммуноферментный анализ. Эластометрия – Fibroscan (Echosens, Франция), морфологическая оценка стадии фиброза «METAVIR».

Результаты:

Наличие неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) не ассоциируется с изменением концентрации инсулина ($r=0,14$; $p=0,132$), на фоне наличия статистически значимых взаимосвязей с концентрацией TNF- α ($r=0,24$; $p=0,042$), IL-6 ($r=0,3$; $p=0,036$) и PAI-1 ($r=0,35$; $p=0,013$). Фиброза печени (F 1-4) ассоциируется с увеличением концентрации инсулина ($r=0,4$; $p=0,024$), ростом содержания таких провоспалительных цитокинов, как TNF- α ($r=0,47$; $p=0,002$) и IL-6 ($r=0,6$; $p<0,001$). Однако, наибольшая сила взаимосвязи отмечена с содержанием ингибитора фибринолиза ($r=0,63$; $p<0,001$). Исследование взаимосвязи выраженности фиброза не показало статистически значимой ассоциации данного параметра с концентрацией инсулина и индексом инсулинорезистентности. Тогда как повышение концентрации маркеров воспаления (TNF- α - $r=0,5$; $p<0,001$ и IL-6 - $r=0,65$; $p<0,001$) и PAI-1 ($r=0,69$; $p<0,001$) взаимосвязано не только с фактом наличия фиброза, но и со степенью его выраженности. Относительная вероятность (ОВ) обнаружения концентрации TNF- α более 300 пг/мл составила 4,6 при 95% ДИ 2,1-9,7 и отношение шансов (ОШ) – 7,7 95% ДИ 3-19,7. При этом, ОВ более чем 3-х кратного повышения концентрации IL-6 составила 2,4 с 95% ДИ 1,6-3,5, а ОШ – 8 с 95% ДИ 3,5-18,3. ОВ повышения концентрации PAI-1 > 160 нг/мл у больных с наличием эластометрических признаков фиброза составляет 3,1 95% ДИ 1,6-6,3, а ОШ 4,7 при 95% ДИ 2,-11,3. При этом, ОВ повышения концентрации PAI-1 > 240 нг/мл составила 8,6 с 95% ДИ 2-36,2, при значении ОШ – 11,1 с 95% ДИ 2,4-51.

Заключение:

Уровень маркеров системного воспаления взаимосвязан с прогрессированием поражения печени, особенно это проявляется в росте концентрации IL-6 и PAI-1, тогда как степень выраженности инсулинорезистентности в большей мере ассоциируется с сопутствующими метаболическими нарушениями и длительностью наличия избыточной массы тела. Исследование прогностического значения прогрессирования стадий НАЖБП, по данным эластометрии у больных с АО и МС, в оценке уровня маркеров

воспаления и ингибитора фибринолиза показало, что наличие фиброза печени повышает вероятность определения высоких концентраций провоспалительных цитокинов, являющихся биохимическими маркерами высокого сердечно-сосудистого риска.

ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петров И.М., Чеснокова Л.В., Медведева И.В.

ГБОУ ВПО ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ Минздрава РФ**Введение (цели/задачи):**

Изучить уровень маркеров системного воспаления и ингибитора активатора плазминогена-1 у больных с абдоминальным ожирением (АО) и установить взаимосвязь данных параметров с прогрессированием стадий неалкогольной жировой болезни печени.

Материал и методы:

Обследовано 129 больных с гипертензией в сочетании с АО в возрасте от 18 до 59 лет (мужчин 32,5% , женщин – 67,5%). Критерии исключения: перенесенные ранее вирусные гепатиты, токсические, лекарственные, врожденные метаболические заболевания печени; описторхозная инвазия. Для определения статистической значимости различий непрерывных величин использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, для качественных признаков различия установлены методом χ^2 .

Результаты:

Статистически значимых различий по концентрации глюкозы и содержанию HbA1c в зависимости от выраженности фиброза в ткани печени по результатам эластометрии получено не было. Концентрация инсулина у больных без фиброза (F 0) составила - 12,3 (7,1-16,4) нг/мл, тогда как у пациентов с F 1 – F 4 содержание данного гормона было статистически значимо выше ($p<0,05$), составляя 18,4 (14,5-22,2) нг/мл в группе с F 1, у больных с F 2 – 22 (16,7-24,1) нг/мл и у больных с F 3 – F 4 19,6 (17,5-22,9) нг/мл. У пациентов без фиброза, по данным эластометрии, медиана индекса инсулинорезистентности (ИР – индекс НОМА) составила 2,4 (1,4-3,8) у.е. а у пациентов с наличием признаков фиброза, независимо от его выраженности практически в два раза выше ($p<0,05$). ИР у пациентов с F 1 - 4,38(2,6-5,4) у.е., в группе с F 2 - 5,5 (4,2-6,04) у.е. у в группе с F 3-4 4,87 (2,7-5,9) у.е. Таким образом, в группе пациентов без фиброза печени только у 40,6% регистрировалось наличие ИР, у больных с фиброзом печени только 25% больных относились в группу с индексом ИР менее 2,7 у.е., тогда как у 75% регистрировалась инсулинорезистентность. Сравнительный анализ количества больных с ИР в зависимости от выраженности фиброза также не показал статистически значимых различий. Так в группе с F 0 количество данных пациентов составляло 40,6%, в группе с F 1 – 71,9%, у пациентов с F 2 – 81,3% и в группе с F 3-4 - 75%.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют, что наличие фиброза печени, независимо от степени его выраженности по результатам эластометрии, ассоциируется с усилением инсулинорезистентности в группе со стадиями фиброза F 1-4.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИДЕПРЕССАНТА ПАРОКСЕТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф.

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Актуальность: Депрессия – одно из самых распространенных расстройств у женщин. Это объясняется тесной связью эмоционального состояния с нейроэндокринной системой, регулирующей гормональный цикл. Связь наиболее четко прослеживается в периоды гормональной перестройки (пубертат, предменструальный период, климактерий). В период климактерия происходит возрастная нейроэндокринная перестройка, отражающаяся на соматическом и психическом состоянии женщины. Известно, что депрессия способствует активации симпатико-адреналовой системы, повышая уровень АД. Цель работы: оценка эффективности комплексной терапии, включавшей антидепрессант пароксетин для лечения артериальной гипертензии у женщин в перименопаузе.

Материал и методы:

Обследовано 24 женщины с АГ, средний возраст пациенток составил 51,0±1,2 лет. Контрольная группа включала 11 женщин с АГ, сопоставимых по возрасту и значениям АД. Пациенткам, помимо стандартного обследования (суточное мониторирование АД, ЭХО – КГ, ЭКГ), было проведено тестирование на наличие депрессии по опроснику Бека и шкале Цунга. У всех пациенток, согласно тестам, имелась легкая или умеренная депрессия. Пациенткам основной группы, дополнительно к гипотензивным препаратам, был назначен антидепрессант пароксетин в дозе 20 мг в сутки в течение 1 месяца, контрольная группа получала только гипотензивную терапию.

Результаты:

В результате проведенного лечения, пациентки основной группы отмечали значительное улучшение эмоционального состояния и уменьшение депрессивных тенденций. У 15 пациенток (62,5%) на фоне антидепрессивного лечения удалось уменьшить дозу применяемых гипотензивных препаратов. У пациенток контрольной группы, согласно анкетированию, эмоциональный фон остался прежним.

Заключение:

Выводы: применение антидепрессанта пароксетина позволяет не только улучшить эмоциональное состояние у женщин с АГ в периоде климактерия, но и повысить эффективность применяемой гипотензивной терапии. Это дает основание рекомендовать более широкое внедрение антидепрессантов для ведения пациенток в перименопаузе

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТСРОЧЕННЫХ РЕПЕРFUЗИОННЫХ СТРАТЕГИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ СМЕРТИ ПО TIMI

Газарян Г.Г., Евстратова С.Г., Макаова Ф.М., Алиджанова Х.Г., Захаров И.В., Газарян Г.А., Голиков А.П.

НИИ СП им Н.В. Склифосовского, г. Москва.

Введение (цели/задачи):

Цель: Оценить эффективность отсроченных реперфузионных стратегий у больных с острым инфарктом миокарда с

элевацией сегмента ST (ОИМ ↑ ST) и повышенным риском смерти (РС) по TIMI.

Материал и методы:

В исследование включены 3 группы больных в возрасте от 25 до 96 лет с ОИМ ↑ ST, поступивших в институт с 2002 по 2011г: I- 569 больных с ЧКВ, выполненными через 24-72ч от начала симптомов у больных с повышенным РС, в том числе первичные и спасительные в 376 и 193 случаях, соответственно; II- 151 выживший через 72ч от начала ОИМ ↑ ST с безуспешной тромболитической терапией без спасительных ЧКВ; III- 1025 выживших через 72ч от начала ОИМ ↑ ST без первичных ЧКВ. В течение 5 лет у 475 больных с различными стратегиями лечения учитывали общую и сердечно-сосудистую летальность (ССЛ).

Результаты:

Целесообразность учета повышенного РС при определении показаний для отсроченных ЧКВ нашла подтверждение при оценке состояния инфаркт-связанной артерии. Суммарная частота окклюзий и субтотальных стенозов превышала 90%. Ангиографический успех сопровождался ускоренной эволюцией ЭКГ изменений, улучшением сократительной функции левого желудочка (ЛЖ) и разрешением проявлений острой сердечной недостаточности (СН). У больных с передним ОИМ ↑ ST частота развития аневризм ЛЖ после первичных и спасительных ЧКВ составила 7% и 26%, соответствовала предшествующему дискинезу 1-2 верхушечных сегментов, и не сопровождалась прогрессированием процессов ремоделирования ЛЖ. Госпитальная летальность после первичных и спасительных ЧКВ составила 1,8% и 2,1%, общая летальность за 5 лет после выписки - 9,5% , в том числе ССЛ - 3,5%. У больных без ЧКВ отмечалась высокая частота постинфарктной стенокардии, нарушений ритма и проводимости, снижение сократительной функции ЛЖ, формирование хронической СН. Частота развития аневризм ЛЖ у больных без первичных и спасительных ЧКВ составила 25% и 39%, госпитальная летальность - 6,2% и 7,9%,. общая летальность за 5 лет после выписки - 39% и 33%; ССЛ 33% и 24% соответственно.

Заключение:

Представленные данные указывают на эффективность отсроченных реперфузионных стратегий, применяемых в сроки, исчисляемые не часами, а днями от начала симптомов. В их отсутствии нестабильность дальнейшего течения заболевания предопределяет развитие частых осложнений и летальных исходов в ближайшие и отдаленные сроки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЭНАЛАПРИЛА И НИТРЕНДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Павлий П.Н.

ООО ДОКТОР СЕРВИС

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить комплаентность и эффективность применения фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом в условиях поликлиники.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 47 мужчин гипертонической болезнью II стадии III степени с метаболическим синдромом в возрасте 56,2±3,8 лет. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, определение липидного спектра, опрос с помощью опросника Мориски-Грина. Больные рандомизированы на 2 группы, лечение пациентов 1-й груп-

пы включало эналаприл 10 мг, амлодипин 20 мг, корведилол 12,5 мг, статины, фибраты. У больных 2-й группы применялась фиксированная комбинация эналаприла 10 мг и нитрендипина 20 мг (ценипрес), другие препараты были аналогичны препаратам у больных 1-й группы. Больные проходили промежуточное обследование 1 раз в 3 месяца, через год произведен анализ проводимой терапии.

Результаты:

На фоне проводимой терапии в обеих группах было достигнуто снижение артериального давления, однако через год в 1-й группе у 34% больных было достигнуто нормальное АД, во второй группе нормальные показатели были у 46%, артериальная гипертония 1 степени в 1-й группе отмечена у 37%, во второй – у 31% больных. Полученные результаты коррелировали с данными теста Мориски-Грина, согласно которым в первой группе комплаентными через год оказались 43% больных, а во второй – 62% больных.

Заключение:

Уменьшение количества принимаемых препаратов за счет использования фиксированных комбинаций гипотензивных средств у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом повышает приверженность больных к скрупулезному выполнению врачебных рекомендаций.

ЭФФЕКТОРНЫЕ И РЕГУЛЯТОРНЫЕ СУБПОПУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Пылаева Е.А., Потехина А.В., Балахонова Т.В.,
Рулёва Н.Ю., Масенко В.П., Ноева Е.А.,
Красникова Т.Л., Арефьева Т.И.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Введение (цели/задачи):

Атеросклероз (АС) следует рассматривать как хронический воспалительный процесс в артериальной стенке с аутоиммунным компонентом, развивающийся на фоне накопления липопротеидов и их производных. Присутствующие в атеросклеротической бляшке (АСБ) лимфоциты оказывают модулирующее влияние на течение воспалительного процесса: Т-хелперы 1 типа (Тх1) и Т-хелперы 17 (Тх17) оказывают провоспалительное действие, в то время как регуляторные Т-лимфоциты (Трег) – противовоспалительное. Клинические исследования посвящены, в основном, изменению баланса указанных субпопуляций при остром коронарном синдроме. Цель: изучить баланс Тх1, Тх17 и Трег крови у пациентов с различной выраженностью атеросклероза сонных артерий.

Материал и методы:

На основании данных дуплексного сканирования сонных артерий 66 асимптомных пациентов сформированы 3 группы: пациенты с максимальной степенью стеноза общей и внутренней сонной артерии до 30% (группа 1, n=15), до 50% (группа 2, n=29) и свыше 50% (группа 3, n=22); у 22 пациентов описаны нестабильные АСБ. Типирование лимфоцитов (CD4+IFNγ+ Тх1, CD4+IL17a+ Тх17 и CD4+CD25highCD127low, CD4+FoxP3+ Трег) проводили с помощью прямой иммунофлуоресценции и цитометрии после активации клеток в культуре, содержание в СРБ, IL-10, sCD25 и IL-17a определяли методами нефелометрии, хемилюминесценции (Immulite) и ИФА.

Результаты:

Содержание Трег и отношение Трег/Тх1 было ниже в группе 3 по сравнению с группой 1. Отношение Трег/Тэфф и Трег/Тх17 было ниже у пациентов групп 2 и 3 по сравнению с группой 1. При нестабильных АСБ отношение Трег/Тх17 было ниже. Содержание маркера активации лимфоцитов sCD25 было выше у пациентов 2 и 3 групп по сравнению с группой 1, отмечена прямая связь sCD25 с количеством Тх17 и обратная – с Трег.

Заключение:

Изменение баланса про- и противовоспалительных лимфоцитарных субпопуляций, а также изменение уровня sCD25 в крови могут служить дополнительными маркерами для выявления пациентов, склонных к прогрессирующему течению атеросклероза.

VEGF И HGF КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АГЕНТЫ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ АНГИОГЕНЕЗА: ВЛИЯНИЕ НА АКТИВАЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И РЕГЕНЕРАЦИЮ МИОКАРДА

Макаревич П.И.¹, Дергилев К.В.¹, Глуханюк Е.В.²,
Галлингер Ю.О.², Цоколаева З.И.¹, Парфенова Е.В.^{1,2}

¹Лаборатория Ангиогенеза ИЭК РКНПК, г. Москва

²Факультет фундаментальной медицины МГУ
имени М.В. Ломоносова, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Актуальность: несмотря на значительный успех в контроле факторов риска и лечении, ишемические заболевания и их осложнения продолжают лидировать среди причин смерти в экономически развитых странах. В связи с этим актуальность приобрела группа подходов под общим названием «терапевтический ангиогенез», которые направлены на усиление данных адаптационных процессов. При этом монофакторная генная терапия, показавшая неплохую эффективность на доклинических моделях ИБС, ХИНК, и в небольших клинических исследованиях, однако, дала неудовлетворительные результаты в крупных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях. Применение комбинации факторов – потенциальный путь к повышению эффективности генной терапии. Одной из наиболее перспективных пар факторов роста является VEGF165 и HGF, ангиогенная эффективность которой была показана в ряде исследований *invitro* и *in vivo*.

Цель исследования: оценить влияние комбинированной генной терапии факторами VEGF165 и HGF на ангиогенез в ишемизированном миокарде крысы, а также изучить влияние данной комбинации факторов на продукцию эндотелием про- и противовоспалительных цитокинов, участвующих в регуляции воспаления и ангиогенеза.

Материал и методы:

В работе использована линия крыс Wistar. После переязки левой коронарной артерии по краю развивающегося инфаркта миокарда вводился раствор либо одиночных плазмид VEGF165 и HGF, либо их комбинация (в качестве отрицательного контроля PBS; в дозе по 250 мкг/250 мл физиологического раствора при использовании одиночных плазмид и в дозе 250 мкг+250 мкг/250 мл физиологического раствора при использовании комбинации плазмид). На 14

сутки животные умерщвлялись, производилась препаровка сердца и изготовление гистологических препаратов, которые окрашивались на CD31+ (для оценки плотности капилляров миокарде левого желудочка) и по Маллори (для оценки площади постинфарктного фиброза). Для исследования *in vitro* нами были использованы клетки HUVEC или линейные TIME. Нами проводилась стимуляция клеток VEGF или HGF в концентрации 25 нг/мл и их комбинацией (по 12,5 нг/мл или по 25 нг/мл каждого). Далее клетки инкубировались при стандартных условиях 20 часов, после чего культуральные среды собирались и замораживались, а клетки лизировались. Концентрация белков IL-8 и MCP-1 в собранной среде определялась с помощью ИФА. Клеточный лизат использовали для проведения вестерн-блота и определения содержания регуляторного белка IKB (pIKB).

Результаты:

При морфометрическом анализе гистологических образцов миокарда, полученных на 14-ый день после внутримиекардиального введения плазмид, нами выявлено повышение плотности CD31+ капилляров как при введении плазмиды с геном VEGF165, так и HGF. При введении комбинации плазмид VEGF165 и HGF отмечено максимальное увеличение плотности CD31+ капилляров по сравнению с отрицательным контролем и группами одиночных плазмид с этими генами. Также выявлено значимое снижение площади фиброза в постинфарктном миокарде при введении плазмиды с геном VEGF165, HGF и комбинации плазмид, однако аддитивности эффектов не наблюдалось. По данным ИФА VEGF является мощным стимулятором секреции MCP-1 и IL-8. При этом HGF подавлял секрецию MCP-1, однако активатором секреции IL-8. Отличия в наблюдались при стимуляции клеток комбинацией VEGF/HGF - в случае с MCP-1 отмечалось снижение VEGF-опосредованного роста концентрации, а для IL-8 наблюдался аддитивный эффект с максимальным уровнем секреции. По результатам иммуноблоттинга было обнаружено, что стимуляция клеток VEGF приводила к повышению концентрации pIKB (фосфорной ингибиторной молекулы для транскрипционного фактора NF-κB), под влиянием HGF наблюдалось ее снижение, а комбинация VEGF/HGF давала промежуточные значения концентраций.

Заключение:

1. Генная терапия комбинацией VEGF и HGF позволяет к 14-му дню добиться значимого увеличения плотности капилляров в ишемизированном миокарде. Антифибротическое действие было показано как для одиночных плазмид, так и для их комбинации, однако аддитивности эффектов не наблюдалось.
2. В культуре клеток эндотелия нами было показано уменьшение продукции MCP-1 под влиянием комбинации VEGF и HGF, однако для IL-8 динамика значительно отличалась – максимальное содержание IL-8 было выявлено в среде после стимуляции VEGF и HGF.
3. При анализе активности регуляторного цикла NF-κB оказалось, что HGF способен уменьшать его VEGF-опосредованную стимуляцию, что соотносилось с данными по продукции MCP-1. Касательно IL-8 в нашем случае наиболее рациональным было бы предположить наличие альтернативного механизма регуляции, который вносит существенный вклад в его продукцию помимо каскада NF-κB.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, КАК РАННЕГО МАРКЕРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аполихин О.И., Ефремов Е.А., Мельник Я.И., Красняк С.С.

ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, г. Москва

Материал и методы:

В исследование были включены 108 мужчин с диагнозом "Эректильная дисфункция". Все пациенты заполняли опросник Международный индекс эректильной функции (МИЭФ). Оценивались окружность талии, артериальное давление, биохимические показатели крови и результаты доплерографии сосудов полового члена. Также оценивался анамнез жизни на предмет ранее диагностированных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Результаты:

Средний возраст пациентов составил $52,7 \pm 8,6$ лет. Длительность ЭД на момент включения в исследование составила 44,5 (диапазон: 1-180) месяцев. При сборе анамнеза обнаружили, что артериальная гипертензия была ранее диагностирована у 19 (17,5%) пациентов, в то время как повышенное артериальное давление при осмотре было обнаружено у 46 (42,5%) пациентов. Ишемическая болезнь сердца ранее диагностировалась у 5 (4,6%) мужчин. Сахарный диабет 2 типа в анамнезе наблюдался у 16 (14,8%) пациентов. Однако, уровень глюкозы крови натощак выше 6,1 ммоль/л был обнаружен у 29 (26,8%) участников исследования. Анамнез острых нарушений мозгового кровообращения или перемежающей хромоты был у 2 (1,8%) и 1 (0,9%) пациентов, соответственно. Системная эндотелиальная дисфункция была обнаружена у 45 (41,6%) мужчин исследуемой группы. Повышение уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов наблюдалось у 68, 79 и 46 (62,9%, 73,1% и 42%), соответственно.

Заключение:

Метаболические изменения, отражающие развитие атеросклероза и других жизнеугрожающих заболеваний у мужчин с эректильной дисфункцией отмечается значительно чаще, чем в общей популяции. Эти данные должны использоваться как инструмент профилактики преждевременной смертности от устранимых причин.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

Абдуллаева С.Я.	10
Абдуллаева Ч.А.	21
Абрамов А.А.	39
Абышев Р.А.	20
Автандилов А.Г.	35
Адамова И.Ю.	11, 37
Аджиев Р.Н.	9
Азизов В.А.О.	5, 14, 34, 41, 42
Александрова Н.Л.	43
Алиджанова Х.Г.	47
Алиева Т.А.	32
Аманбекова С.Б.	35
Амелюшкина В.	22
Андреичев Н.А.	17, 18
Андрианова О.Л.	36, 37
Анисенкова А.Ю.	5
Аполихин О.И.	49
Арефьева Т.И.	25, 48
Артемяева Н.В.	37
Афанасьева М.И.	25, 27, 44
Афанасьева О.И.	9, 11, 19, 27, 25, 37
Ащеулова Т.В.	8

Б

Байгабулова М.С.	18
Бакумов П.А.	22, 34
Балабан А.И.	28
Балахонова Т.В.	19, 48
Барбараш О.Л.	26
Барт Ю.И.	45
Безуглова Е.И.	24, 33, 45
Белоглазова И.Б.	45
Беляева Л.М.	27
Бердовская А.Н.	43
Бернс С.А.	26
Бобронникова Л.Р.	30
Бобынцев Я.И.	45
Богатиков Е.В.	40
Булкина О.С.	24
Бурдейная А.Л.	37
Бутов А.А.	5

В

Вабаева А.В.	39
Вабаев А.В.	39
Вавилова Т.В.	25
Валентинова И.А.	14
Валихов М.П.	30

Василец Л.	12
Власова Э.Е.	9
Волчкова Н.С.	47

Г

Гаврилова М.С.	5
Газарян Г.А.	47
Газарян Г.Г.	47
Гайковая Л.Б.	25
Гайшун Е.И.	29
Галлингер Ю.О.	48
Глуханюк Е.В.	48
Говорин А.В.	8
Голиков А.П.	47
Горбунов В.В.	40
Гречкина Е.Р.	34
Грунченко М.Н.	14, 23
Гусейнова Н.И.Г.	34

Д

Денисевич Т.Л.	25
Дергилев К.В.	48
Дмитриева О.А.	44
Долгов В.В.	35
Дундукова Р.С.	35

Е

Евстратова	47
Ежов М.В.	9, 11, 19, 22, 27, 37, 44
Еремина М.А.	12, 13
Ефимов Г.А.	20
Ефремов Е.А.	49

З

Захаров И.В.	47
Звягинцева М.А.	39
Зернюкова Е.А.	34
Зубкова Е.С.	45
Зуйкова А.А.	41
Зыкова Д.С.	26

И

Ибрагимова Л.А.	36, 37
Ибрагимова Ш.С.Г.	34
Ильина Л.Н.	9
Ильченко И.А.	30
Ионова В.Г.	15
Ишуова П.К.	18

К

Кабиева С.М.	35
Кавешников В.С.	38
Кайназарова С.Е.	18
Какорин С.В.	28
Камилова У.К.	21, 32
Канорский С.Г.	39, 40
Карлов А.А.	11
Карлова Н.А.	11
Карпов Ю.А.	24
Керимова Э.З.Г.	14
Клесарева Е.А.	25, 27
Князева И.Е.	29
Кокина Н.В.	36
Кокотова Е.П.	20
Коломиец В.И.	24
Коновалов Г.А.	9, 11, 19
Конюх Е.А.	21
Корнеева Е.А.	35
Корнеева С.И.	33
Корягина Н.А.	12
Костырева М.В.	15
Коткина Т.И.	22
Коцюба О.И.	28
Кочетова Е.И.	22
Кошкарбаева Б.С.	35
Красников А.В.	15
Красникова Т.Л.	25, 48
Красняк С.С.	49
Крюкова С. В.	24
Кудинова Е.В.	31
Кулакова О.В.	20
Куликова М.В.	8
Куликова Т.Г.	30
Куркина Н.В.	27
Кухарчик Г.А.	25
Кухарчук В.В.	22, 27

Л

Лакомкин В.Л.	39
Леушина Е.А.	32
Лунева Ю.В.	24, 33, 45
Людвигевич С.А.	40

М

Мазур Н.А.	11
Майорова С.В.	16
Майтбасова Р.С.	18, 33
Макаова Ф.М.	47
Макаревич П.И.	48

МАКОЕВА М.Х.	35
МАКСИМЕНКО А.В.	39
МАМАСАЛИЕВ Н.С.	22, 32, 37
МАСЕНКО В.П.	25, 30, 48
МАСЛАКОВ А.С.	19
МАСЛОВА Н.П.	20
МАТВЕЕВА С.А.	7
МАТЧИН Ю.Г.	9, 27, 37, 44
МАХМУДОВА Э.Р.	6
МЕДВЕДЕВА И.В.	46
МЕЛЬНИК Я.И.	49
МЕНЬШИКОВ М.Ю.	45
МИНГАЗЕТДИНОВА Л.Н.	7
МИРОНОВ В.М.	41
МИРСАЕВА Г.Х.	36, 37
МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М.	22, 32, 37
МИРСАИТОВА Р.И.	37
МИТРОШКИН М.	27
МИХАЙЛИЧЕНКО С.И.	40
МУТАЛОВА Э.Г.	7

Н

НАГИРНЯК О.А.	26
НАЖАЛКИНА Н.М.	10, 13
НАУМОВА Е.А.	30, 31
НЕСЕН А.А.	14, 23, 29
НИЗАМУТДИНОВА Р.С.	37
НИКИШИН А.Г.	10
НОЕВА Е.А.	48
НУРГАЛИЕВА Ж.Ж.	18

О

ОСИПОВ Д.В.	33
ПАВЛИЙ П.Н.	47
ПАРФЕНОВА Е.В.	45, 48
ПЕРЕТОЛЧИНА Т.Ф.	20
ПЕРМИНОВА О.Н.	12
ПЕТРИЦЕВА А.	12
ПЕТРОВ И.М.	36, 46
ПИГАЛИН А.Л.	20
ПИРНАЗАРОВ М.М.	10
ПОВЕТКИН С.В.	24, 33, 45
ПОГОРЕЛОВА О.А.	19
ПОКРОВСКИЙ В.М.	39, 40
ПОКРОВСКИЙ С.Н.	9, 11, 19, 37
ПОЛОЗОВА Э.И.	27
ПОЛОНЕЦКИЙ Л.З.	25
ПОМОГАЙБО Б.В.	23
ПОТЕХИНА А.В.	25, 48
ПРИСТРОМ А.М.	29
ПРОВАТОРОВ С.И.	25
ПЫЛАЕВА Е.А.	25, 48
РАДАЕВА Е.В.	8
РАДЕЦКАЯ Л.В.	28
РАЗИН В.А.	5

РАССОХИН В.В.	20
РАТНЕР Е.И.	45
РОЗЫХОДЖАЕВА Г.А.	44
РОЙТМАН А.П.	35
РУДА М.Я.	41
РУЛЁВА Н.Ю.	48

С

САБИРОВА Э.Ю.	12
САВЕНКО С.А.	25
САВЧЕНКО И.П.	28
САДЫГОВА Т.А.Г.	41
САМКО А.Н.	24, 30
САФАРОВА М.С.	11, 19, 22, 27
СЕМЕНОВА О.Н.	30, 31
СЕМИТКО С.П.	35
СЕРГЕЕВА В.А.	16, 43
СЕРЕБРЯКОВА В.Н.	38
СКУРАТОВА Н.А.	27
СОБОЛЕВА В.В.	41
СОБОЛЕВА Д.И.	44
СТАРОСТИН И.В.	24
СТЕПАНОВА О.В.	30
СТОГОВ А.В.	28
СТРАХОВА Н.В.	41
СУБХАНКУЛОВА С.Ф.	47
СУЛТАНОВА М.Д.Г.	5

Т

ТАГИЕВА Н.Р.	41
ТАЛИЦКИЙ К.А.	24
ТВЕРЕТИНОВ А.Б.	14
ТЕРЕШКОВ П.П.	8
ТЕРЕЩЕНКО С.Н.	30
ТРЕГУБОВ В.Г.	10, 12, 13, 15, 39, 40
ТРИПОТЕНЬ М.И.	19
ТРОШИНА И.А.	46
ТРУБАЧЕВА И.А.	38
ТУЕВ А.В.	12
ТУЛЕБАЕВА А.К.	18

У

УСМАНОВА З.А.	44
УТКИНА Е.А.	11, 37

Ф

ФАДЕЕНКО Г.Д.	29
ФЕДОРОВА М.М.	35

Х

ХАБИРОВА А.А.	36
--------------------	----

ХАБЧАБОВ Р.Г.	6
ХАМЕДОВА М.Ш.	38
ХАСАНОВ М.С.	10
ХУСАИНОВА Л.Н.	7
ХУШВАКТОВА З.О.	25

Ц

ЦОКОЛАЕВА З.И.	48
---------------------	----

Ч

ЧАДИН А.В.	30
ЧЕСНОКОВА Л.В.	46
ЧИРВА О.В.	14, 23, 29
ЧИСТЯКОВА М.В.	8

Ш

ШАБАЛИНА А.А.	15
ШАБАЛИНА Е.А.	5
ШАТАЛОВА О.В.	19
ШАХНОВИЧ Р.М.	41
ШВЕДКОВ В.В.	15
ШКАПО В.Л.	23, 29
ШМИДТ Е.А.	26
ШОЛОМОВ И.Ф.	36
ШУБИТИДЗЕ И.З.	15
ЩЕТИНИНА Д.В.	27

Э

ЭТУКУДО И.И.	8
ЭФЕНДИЕВА Л.Г.Г.	34
ЭФЕНДИЕВ И.Н.О.	42

Ю

ЮНУСОВА Л.И.	21
-------------------	----

Я

ЯКУББЕКОВ Н.Т.	10
ЯРЕМА Н.И.	28
ЯРЦЕВ С.Е.	36



Доверие препаратам KRKA – это доверие передовым технологиям и высокому Европейскому качеству

Вальсакор®
валсартан
таблетки 80 мг и 160 мг

Вальсакор® Н 80
таблетки по 80 мг валсартана
и 12,5 мг гидрохлоротиазида

Вальсакор® Н 160
таблетки по 160 мг валсартана
и 12,5 мг гидрохлоротиазида

Вальсакор® НД 160
таблетки по 160 мг валсартана
и 25 мг гидрохлоротиазида

СОВЕРШЕННЫЙ КОНТРОЛЬ – БЕЗУПРЕЧНОЕ ИСПОЛНЕНИЕ!

Показания Вальсакор¹: Артериальная гипертензия. Хроническая сердечная недостаточность в составе комплексной терапии и у пациентов, не получающих ингибиторы АПФ. Снижение сердечно-сосудистой смертности у стабильных пациентов, у которых развилась недостаточность/дисфункция левого желудочка вследствие перенесенного инфаркта миокарда.

Показания Вальсакор Н 80, Вальсакор Н 160, Вальсакор НД 160: Артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия).

Форма выпуска: Вальсакор – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 80 мг и 160 мг. Вальсакор Н 80, Вальсакор Н 160, Вальсакор НД 160 – таблетки,

покрытые пленочной оболочкой, 80/12,5 мг, 160/12,5 мг, 160/25 мг. По 28 таблеток в упаковке.

Способ применения и дозы: Внутрь, вне зависимости от приема пищи, кратность приема – 1 раз в сутки.

Условия отпуска из аптек: По рецепту.

Регистрационные удостоверения: Вальсакор – ЛСП-004921/08 от 25.06.2008. Вальсакор Н 80 – ЛСП-001731/10-050310, Вальсакор Н 160 – ЛСП-001730/10-050310, Вальсакор НД 160 – ЛСП-001419/10-260210

1. Инструкции по применению препаратов Вальсакор, Вальсакор Н80, Вальсакор Н160, Вальсакор НД160

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «КРКА ФАРМА»

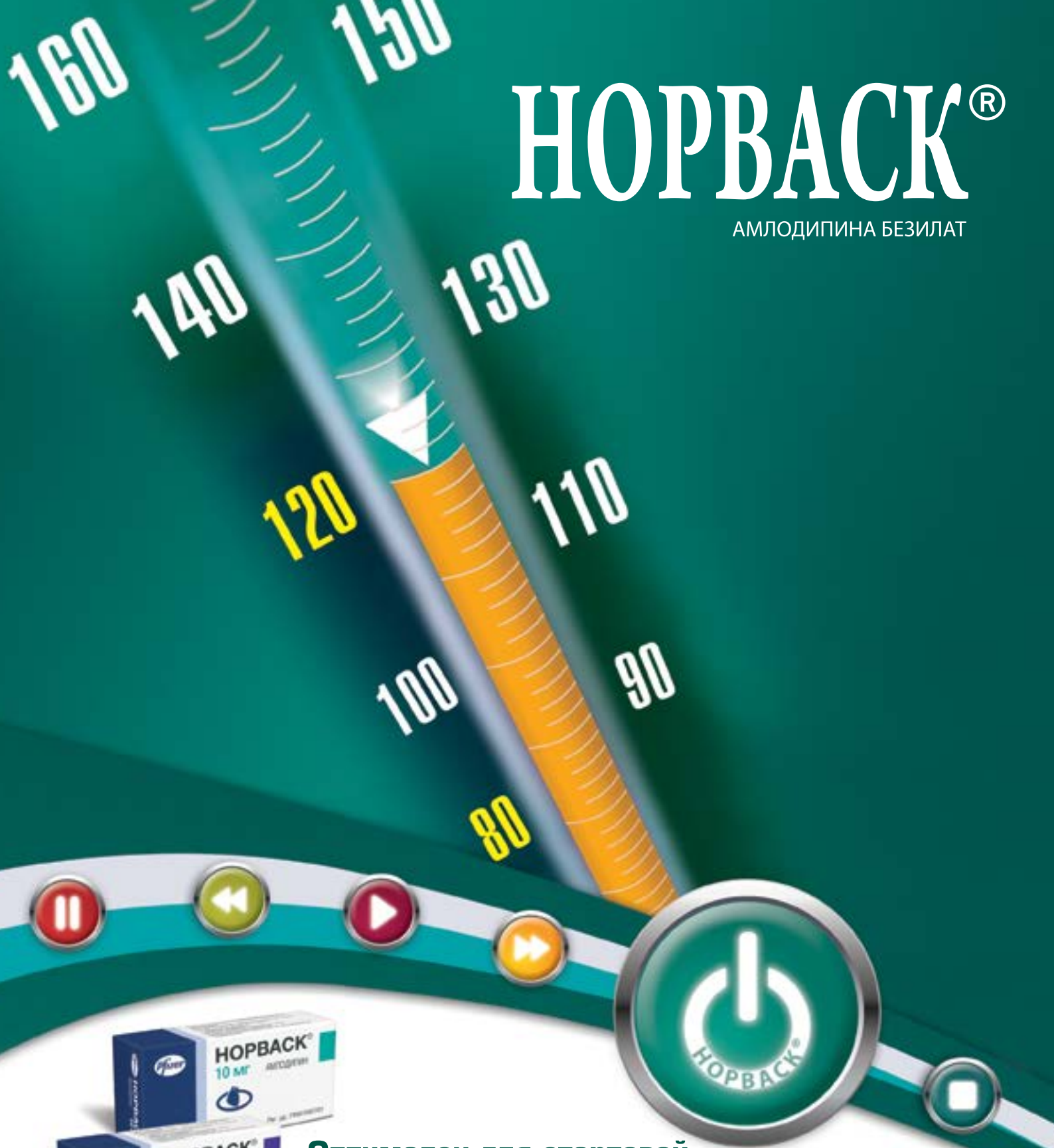
123022, Москва, ул. 2-ая Звенигородская, д.13, стр. 41, 5 этаж, стр. 43, 6 этаж. Тел.: (495) 981 10 95, факс: (495) 981 1091, e-mail: info@krka.ru, www.krka.ru



Наши инновации и опыт посвящены заботе о здоровье. Стремления, последовательность и накопленные знания компании подчинены единой цели – созданию эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

НОРВАСК®

АМЛОДИПИНА БЕЗИЛАТ



Оптимален для стартовой и комбинированной терапии артериальной гипертензии¹

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата НОРВАСК®

Норваск® (амлодипин) — производное дигидропиридина — блокатор «медленных» кальцевых каналов (БМКК) II поколения, оказывает гипотензивное и антиангинальное. Блокирует «медленные» кальцевые каналы, снижает трансмембранный переход ионов кальция в клетку (в большей степени в гладкомышечные клетки сосудов, чем в кардиомиоциты). **Показания к применению:** артериальная гипертензия. Стабильная стенокардия и вазоспастическая стенокардия (стенокардия Принцметала). Применяется как в монотерапии, так и в сочетании с другими антиангинальными и гипотензивными средствами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к амлодипину и другим производным дигидропиридина, а также вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Тяжелая артериальная гипотензия. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **С осторожностью** применяют у пациентов с печеночной недостаточностью, хронической сердечной недостаточностью неинфекционной этиологии III–IV функционального класса по классификации NYHA, нестабильной стенокардией, острым инфарктом миокарда (и в течение 1 мес после), аортальным стенозом, митральным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, синдромом слабости синусового узла, артериальной гипотензией. Безопасность применения препарата Норваск® во время беременности и кормления грудью не установлена, поэтому применение во время беремен-

ности возможно только в случае, когда польза для матери превышает риск для плода и новорожденного. **Способ применения и дозы:** внутрь, один раз в сутки. Начальная доза 5 мг, максимальная — 10 мг. Коррекции дозы пожилым пациентам и пациентам с почечной недостаточностью и нарушенной функцией печени обычно не требуется. **Побочное действие:** при приеме препарата Норваск® наиболее часто встречаются следующие нежелательные явления: периферические отеки (лодыжки и стопы), сердцебиение, «приливы» крови к коже лица; головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, сонливость, тошнота, боли в животе. **Срок годности:** 4 года. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту. **Форма выпуска:** Таблетки по 5 и 10 мг. По 10 или 14 таблеток в блистеры из ПВХ/АI-фольги. 3 блистера по 10 таблеток или 1 блистер по 14 таблеток с инструкцией по применению в пачку картонную, на лицевой стороне которой с целью контроля первого вскрытия наносится перфорированная строчка.

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.
Регистрационный номер: П N015567/01

Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Норваск®. Одобрено МЗ СР РФ 12.09.2012 г. Рег. уд. П N015567/01.



ООО «Пфайзер»
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)
Тел: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00