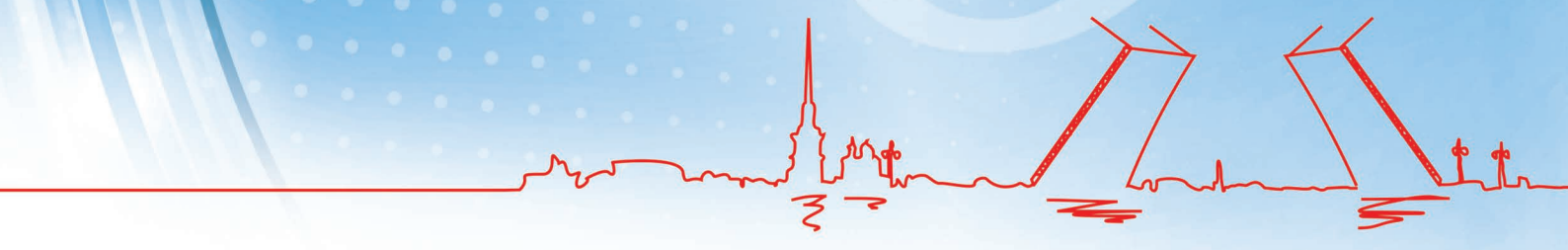
РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

КАРДИОЛОГИЯ:
ОТ НАУКИ — К ПРАКТИКЕ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

25-27 сентября 2013 г.
Санкт-Петербург



50 ЛЕТ
Российскому
кардиологическому
обществу

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ
«КАРДИОЛОГИЯ: ОТ НАУКИ — К ПРАКТИКЕ»

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

25-27 сентября 2013 г.
Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

0001 ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЭКГ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА....33

0002 СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ИВАБРАДИНА ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ....33

0003 ЭНДОТЕЛИЙ ПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....34

0004 СОПОСТАВИМОСТЬ ДАННЫХ РАННЕЙ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ, ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И КОРОНАРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА....34

0005 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ПОКАЗАТЕЛИ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....35

0006 ОСОБЕННОСТИ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ....36

0007 КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА....36

0008 ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С АГ....37

0009 ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ....38

0010 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СЕТИ МИОКАРДА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ....38

0011 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИИ МИОКАРДА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ДОКСОРУБИЦИНА....39

0012 ОСОБЕННОСТИ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 40

0013 СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ....40

0014 ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ....41

0015 ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ....42

0016 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА....42

0017 ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ43

0018 ДВОЙНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ....44

0019 ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ....45

0020 ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ВЫЗОВА «СКОРОЙ ПОМОЩИ» ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....45

0021 ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО КОНТРОЛЯ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА....46

0022 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЖИДКОСТИ В ПЕРИКАРДЕ....47

0023 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФОНДАПАРИНУКСА ПРИ РАННЕМ НАЧАЛЕ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST....48

0024 ОЦЕНКА АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....48

0025 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПО ПОВОДУ ФИБРИЛЛЯЦИИ/ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНА ГОДА....49

0026 ОФЭКТ СЕРДЦА В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....49

0027 СРАР-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ....50

0028 АЛГОРИТМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОИСКА В ЭКОЛОГИЧЕСКОМ КЛИНИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ....51

0029 СЕМЕЙНАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ....51

0030 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ....52

0031 СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИИ МИОКАРДА....53

0032 ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА....53

0033 ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТИ ПО ШКАЛЕ GRACE СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА....54

0034 ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА В ПОЛИКЛИНИКЕ — ЧТО ПРОИСХОДИТ?....54

0035 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА — ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА....55

0036 DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA ПРИ ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИ СРАВНЕНИИ С НОРМОЙ (УГОЛ α ОТ 0° ДО 30°)....56

0037 DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, КОМБИНИРОВАННЫЕ ТОПОКАРТЫ DEPARTURE AREA И ZERO ZONE ПРИ ПЕРЕДНЕМ И ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ....56

0038 DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, КОМБИНИРОВАННЫЕ ТОПОКАРТЫ DEPARTURE AREA И ZERO ZONE ПРИ ПЕРЕДНЕМ И ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ И ПО ЗУБЦУ Т....57

0039 DEPARTURE INDEX ПРИ ПЕРЕДНЕМ И ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИ РАЗРАБОТКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ....58

0040 ИНФАРКТ У ЖЕНЩИН: РЕАЛЬНОСТЬ ТРАГЕДИИ....59

0041 ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ И ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА....60

0042 ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ....61

0043 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН СО СКРЫТОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....61

0044 ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ....62

0045 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЭРЕКЦИИ....63

0046 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ....63

0047 КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ ВАРФАРИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ЧАСТЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ....64

0048 ОЦЕНКА РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЙ И ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ....65

0049 ВЛИЯНИЕ МИКАРДИСА НА ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....65

0050 ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ....66

0051 ДИНАМИКА СТРУКТУРНЫХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....67

0052 СВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И СТРУКТУРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....68

0053 СВЯЗЬ ЛИПОПРОТЕИДА(А) И АУТОАНТИТЕЛ К ЛИПОПРОТЕИДУ(А) С НАЛИЧИЕМ И ТЯЖЕСТЬЮ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА....68

0054 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЭНТЕРОСАН» ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПРОЦЕССОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ....69

0055 ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЛИГВОНА И СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС....70

0056 ИЗУЧЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ....70

0057 ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РОЗУВАСТАТИНА....71

0058 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕЗМАСОЧНОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В РЕЖИМЕ ПОСТОЯННОГО ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО

ДАВЛЕНИЯ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ ВО СНЕ..... 72

0059 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДРОНЕДАРОНА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК... 72

0060 РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА..... 73

0061 ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА..... 74

0062 ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2..... 74

0063 СРАВНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ВОЗДЕЙСТВИЮ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И С ПОЗИЦИИ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ..... 75

0064 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ МОСКВИЧЕЙ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ..... 76

0065 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИБС СРЕДИ МОСКВИЧЕЙ СТАРШЕ 55 ЛЕТ ПО ДАННЫМЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ..... 76

0066 ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ..... 77

0067 ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ..... 78

0068 ДИСЛИПИДЕМИЯ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В МЕНОПАУЗЕ..... 78

0069 ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ЛОКАЛЬНОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА..... 79

0070 РОЛЬ ПРАВОГО И ЛЕВОГО БЛУЖДАЮЩИХ НЕРВОВ В РАЗВИТИИ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА..... 80

0071 ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ..... 80

0072 ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ КАРДИОБЛОКА РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА..... 81

0073 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — ВЕДУЩАЯ КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА... 82

0074 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ..... 82

0075 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОФИБРАТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ..... 83

0076 ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ..... 84

0077 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ..... 84

0078 КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ПОМОЩЬЮ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПРЕСТАНС..... 85

0079 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ..... 86

0080 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА..... 86

0081 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ..... 87

0082 ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АГ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП..... 88

0083 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЖЕСТКОСТЬ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ АГ..... 88

0084 К ДИСКУССИИ О ПРЕИМУЩЕСТВЕННОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СОСУДОВ ИЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..... 89

0085 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА..... 90

0086 ЭФФЕКТЫ НИКОРАДИЛА КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ..... 91

0087 УРОВЕНЬ РАСТВОРИМОГО FAS-ЛИГАНДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ... 91

0088 ИНТЕНСИВНОСТЬ ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СРЕДЦА 92

0089 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ ИЗ СЕМЕЙ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 93

0090 ПРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 94

0091 ЧАСТОТА ВИРУСНО-ИММУННОГО МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С «ИДИОПАТИЧЕСКОЙ» И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ БИОПСИИ МИОКАРДА 94

0092 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИЛАТАЦОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В СОПОСТАВЛЕНИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ МИОКАРДА 95

0093 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ И АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 96

0094 КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ АНАЛИЗА В СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ 97

0095 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ: ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ 98

0096 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 99

0097 ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С И БЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 100

0098 РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ СОВРЕМЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 101

0099 ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 102

0100 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АРИТМИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 102

0101 НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА 103

0102 ТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА 104

0103 НЕСТАЦИОНАРНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА: ПОВТОРНОЕ ВЕЙВЛЕТНОЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ 105

0104 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И БРОНХООБСТРУКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 105

0105 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 106

0106 ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ ИРКУТСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА) 107

0107 ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С МАКРОСОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ 107

0108 АДАПТАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНУЮ КОРРЕКЦИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ 108

0109 ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 109

0110 ТИЛТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 110

0111 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИНА-1 У ЛИЦ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ И У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 110

0112 ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗЕРВА КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА В ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ И ЗАДНЕЙ МЕЖЖЕДОЧКОВОЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОПЦИЯ К СТАНДАРТНОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДИПИРИДАМОЛОМ 111

0113 ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ 112

0114 ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УРАВНЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПОТОКА В КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗОВ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ И ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ 113

0115 ПРОФИЛЬ АДИПОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ 113

0116 ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 114

0117 РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОДВЕРГНУТЫХ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ 115

0118 БЛИЖАЙШИЙ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОДВЕРГНУТЫХ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ 116

0119 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ТРОМБОМ 116

0120 МОЩНОСТЬ ЗАМЕДЛЕНИЯ И УСКОРЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМАУ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 117

0121 ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА МОЩНОСТЬ ЗАМЕДЛЕНИЯ И УСКОРЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 118

0122 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И НИЗКИМ РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ 119

0123 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 119

0124 СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ 120

0125 КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 120

0126 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА, РИСК КАРДИЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ 121

0127 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА 122

0128 РЕГИСТР ГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ **ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 2003-2012 гг.** 122

0129 ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТЬЮ ИНГИБИТОРОМ F-КАНАЛОВ СИНУСОВОГО УЗЛА ИВАБРАДИНОМ 123

0130 ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST 124

0131 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ОБУЧЕНИЯ САМОКОНТРОЛЮ И САМОПОМОЩИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ 125

0132 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛНОГО ЙОГОВСКОГО ДЫХАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 125

0133 КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ 126

0134 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST 127

0135 ВАРИАНТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕАКЦИИ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ 127

0136 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ПРОФИЛЯ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ 128

0137 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ 129

0138 ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ 129

0139 ВЛИЯНИЕ ХРОНОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ 130

0140 ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 131

0141 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА, ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 132

0142 СОПОСТАВЛЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА 133

0143 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАТАЛЬНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА SCORE 134

0144 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАНДЕСАРТАНА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 134

0145 РЕПЕРФУЗИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА....135

0146 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА....136

0147 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА....136

0148 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАЖА....137

0149 ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕНЫХ ПРЕПАРАТОВ КАК ФАКТОР Р ИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ....138

0150 ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ В ПОПУЛЯЦИИ ШКОЛЬНИКОВ ТЮМЕНИ....139

0151 ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ИБС, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ТЕХНОЛОГИЕЙ ХСТРЕЙН....139

0152 РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК ОТЯГОЩАЮЩЕГО ФАКТОРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН Г.БАКУ....140

0153 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ....141

0154 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ....141

0155 ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ....142

0156 ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПУТИ РЕШЕНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПРОБЛЕМЫ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ....143

0157 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ....144

0158 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ....145

0159 ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМАКАК ПРЕДИКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ....145

0160 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АЛИСКИРЕН, НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С УЧЕТОМ ФЕНОМЕНА СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ....146

0161 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ....147

0162 РОЛЬ VNTR ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ D4 И DAT В ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ — КАК ФАКТОРА РИСКА ССЗ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ Г. НОВОСИБИРСКА (ПРОГРАММА ВОЗ MONICA-MOPSY)....147

0163 ИНФАРКТ МИОКАРДА: 33-ЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ, ЛЕТАЛЬНОСТИ В РОССИИ (ПРОГРАММЫ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «MONICA»)....148

0164 РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МЕГАПОЛИСА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)....148

0165 СПОСОБ ОЦЕНКИ РИСКА СМЕРТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (ИССЛЕДОВАНИЕ «ЛИС»)....149

0166 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ НИЗКОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА....150

0167 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА....151

0168 АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП....151

0169 ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА....152

0170 ВЛИЯНИЕ «ВИТАЛАРИКС КАРДИО» НА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС....153

0171 КАРДИОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА МОДЕЛИ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА....153

0172 СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ....154

0173 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ.....155

0174 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА.....156

0175 ОСОБЕННОСТИ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....157

0176 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИБРОЗА И ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА.....158

0177 ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРОЗАПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....158

0178 СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И КАРДИАЛЬНЫЙ ФИБРОЗ: РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....159

0179 ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....160

0180 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТЕПЕНЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....161

0181 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....161

0182 ПРОФИЛЬ КАРДИОТРОПНЫХ АУТОАНТИТЕЛ И СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ CD4 + Т-ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С МОРФОЛОГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИРОВАННЫМ МИОКАРДИТОМ.....162

0183 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНТСКИХ КРИТЕРИЕВ СИНДРОМА МАРФАНА У СТУДЕНТОВ ЧЕЛГМА И ИХ СВЯЗЬ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ.....163

0184 МЕТАБОЛИЗМ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ РЕЗИСТЕНТНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ.....164

0185 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....164

0186 ДИСЛИПИДЕМИЯ И ДИСАДИПОКИНЕМИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....165

0187 РЕГУЛЯТОРНАЯ РОЛЬ ЛЕПТИНА В ФОРМИРОВАНИИ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....165

0188 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.....166

0189 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ.....167

0190 ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ.....168

0191 МАНЖЕТОЧНАЯ ПРОБА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И БЕЗ ТАКОВОЙ.....168

0192 ЗНАЧЕНИЕ ГИБРИДНОЙ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИИ И ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....169

0193 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, МАРКЕРЫ ДЕГРАДАЦИИ МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....170

0194 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НИФЕДИПИНОМ С КОНТРОЛИРУЕМЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ.....170

0195 ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.....171

0196 ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ.....171

0197 ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....172

0198 СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ ПЕНИЛЬНЫХ И ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....173

0199 ОЦЕНКА МОДЕЛЕЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ВРАЧАМИ И ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....174

0200 СТРУКТУРА ПРИЧИН НЕВЫПОЛНЕНИЯ ПРЕДПИСАНИЙ ВРАЧА БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....174

0201 ОСЛОЖНЕННЫЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И СМЕРТНОСТИ.....175

0202 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ: ДАННЫЕ РЕГИСТРА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ....176

0203 ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ....177

0204 ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ....177

0205 ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ С УЧЕТОМ ВЫРАЖЕННОСТИ КОРОНАРНОГО СТЕНОЗА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ....178

0206 ЭКСПРЕССИЯ ГЕНА ТРАНСПОРТЕРА ABCA1 И УРОВЕНЬ БЕЛКА ABCA1 В МАКРОФАГАХ У АЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ....179

0207 ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ....179

0208 РЕАКЦИЯ СЕРДЦА НА ПОСТУРАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ КРОВОТОКА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ТЕМПЕРАТУР ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ....180

0209 ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР НЕСТАБИЛЬНОСТИ В КОРОНАРНОЙ СИСТЕМЕ....181

0210 ЭКСПРЕСС СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ R-R КАРДИОИНТЕРВАЛА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА....181

0211 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ И СТАЦИОНАРА....182

0212 ВЛИЯНИЕ МИЦЕЛЛЯРНОЙ ФОРМЫ ЛИКОПИНА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ....183

0213 ОПЫТ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ В КЛИНИКЕ ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ....184

0214 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ИБС....184

0215 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ....184

0216 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ....185

0217 О СОСТОЯНИИ ПСИХО — ЭМОЦИОНАЛЬНОГО, ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ....186

0218 ЭНДОГЕННЫЕ И ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ....186

0219 СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА....187

0220 ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ И КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ188

0221 ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ С НИЗКИМ И УМЕРЕННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ....188

0222 ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС У ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДИСЭЛЕМЕНТОЗ....189

0223 БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ....190

0224 ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА....191

0225 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И НАЦИОНАЛЬНОСТЬ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССИИ....191

0226 ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 192

0227 ДВУХГОДИЧНЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ....193

0228 ИНДИКАТОРЫ ПОВЫШЕННОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ЕСТЕСТВЕННОЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ....193

0229 НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ЭКГ ПОКОЯ В 12 СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ И 24 ЧАСОВОГО ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ....194

0230 ЧАСТОТА ГЕТЕРОТОПНЫХ АРИТМИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ 24 ЧАСОВОГО ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ 195

0231 НЕОБХОДИМОСТЬ И РЕАЛИИ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ В УСЛОВИЯХ СИБИРСКОГО ГОРОДА 196

0232 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 196

0233 ПРОБЛЕМА ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ В ЭТИОЛОГИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 197

0234 ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ 198

0235 НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВЫХ И ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 198

0236 МАРКЁРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 199

0237 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ И ИБС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДОВ 200

0238 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА И ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 201

0239 ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, УРОВНЯ ГИПОДИНАМИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА КАК ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 201

0240 ОЦЕНКА ГИБЕРНИРУЮЩЕГО МИОКАРДА В ДИНАМИКЕ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 202

0241 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДОВУЮ ПРОБУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ 203

0242 ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА 203

0243 ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 204

0244 РАДИОНУКЛИДАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ПЕРФУЗИИ И СОКРАТИМОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 205

0245 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПОДРОСТКОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ СИБИРИ (2003-2009) 206

0246 ВОЗМОЖНОСТИ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ 206

0247 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И ИНВАЗИВНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 207

0248 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 208

0249 ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 208

0250 КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АМЛОДИПИНОМ, ВАЛЬСАРТАНОМ И ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ 209

0251 ЭКСПРЕССИЯ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 210

0252 ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 210

0253 КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТ МИОКАРДА У МУЖЧИН СТАРШЕ 65 ЛЕТ 211

0254 ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА В-1 И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 212

0255 ПРИМЕНЕНИЕ ТИКАГРЕЛОРА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТ МИОКАРДА 213

0256 КЛИНИКА И ДИАНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН 213

0257 ЭФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 214

0258 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 215

0259 ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ТОРАСЕМИД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 215

0260 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФОНДАПАРИНУКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 216

0261 О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТИ СРЕДИ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРИТЕРИЕВ ДОЛИХОСТЕНОМЕЛИИ 217

0262 ГОСПИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 217

0263 ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОКСИПОЛИЕТИЛЕНГЛИКОЛ-ЭПОИТИНА БЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 218

0264 ВКЛАД НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙЦ В ОЦЕНКУ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И РИСКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН 219

0265 АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА 220

0266 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛИЦ НЕМЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЙ 220

0267 ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 221

0268 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРЕНИКЛИНА В ЛЕЧЕНИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 222

0269 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 223

0270 ЗНАЧИМОСТЬ КОНТРАКТИЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СОХРАННОСТИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НА КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ 223

0271 КАЧЕСТВО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХМАО-ЮГРЕ 224

0272 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ИБС СТАРШЕ 70 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 225

0273 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОРТОПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 226

0274 ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА 226

0275 ВЛИЯНИЕ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ АЗЕРБАЙДЖАНА 227

0276 ПРИМЕНЕНИЕ РИДУТОКСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 228

0277 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 228

0278 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ С ПАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 229

0279 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 230

0280 РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА 231

0281 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НАЗАНАЧЕНИЯ ВАРФАРИНА ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 231

0282 ВЛИЯНИЕ ОРИГИНАЛЬНЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ХИМИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ АНТИОКСИДАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ НА СОЧЕТАННЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 232

0283 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 233

0284 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ 234

0285 ЧАСТОТА КАШЛЯ ПРИ ПРИЕМЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 234

0286 ДИНАМИКА УРОВНЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО КАТИОННОГО БЕЛКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ 235

0287 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА И ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЕГО РАЗВИТИЯ 236

0288 ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК, ПОДВЕРГНУТЫХ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА 236

0289 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 237

0290 ПРОФИЛАКТИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА В РАН-НЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ И ТРИМЕТАЗИДИНОМ В СОЧЕТАНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ 238

0291 РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 239

0292 РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 239

0293 РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 240

0294 АНАЛИЗ ПРИЧИН ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 240

0295 РИСК SCORE У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ 241

0296 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В Г. МОСКВЕ 242

0297 ХРОНИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ 242

0298 НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ ВЫЯВЛЯЕМЫМИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ 243

0299 ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ) 244

0300 ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ) 245

0301 ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 245

0302 ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕ Q- ИНФАРКТ МИОКАРДА 246

0303 ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДИПИРИДАМОЛОВОГО ТЕСТА 247

0304 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО РУСЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА? 247

0305 ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 248

0306 ВЛИЯНИЕ ТИМИЧЕСКИХ ГОРМОНОВ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ИБС 249

0307 СОСТОЯНИЕ ТУБУЛОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 249

0308 ОЦЕНКА ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 250

0309 АЛГОРИТМ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 251

0310 АЛГОРИТМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 252

0311 ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 252

0312 ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 253

0313 НУЖНО ЛИ МЕНЯТЬ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ЭНДАТЕРЭКТОМИИ? 254

0314 ОТДАЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АОРТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 254

0315 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА 255

0316 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СКОПЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА 256

0317 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОК С ИБС 256

0318 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 257

0319 ТУБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 258

0320 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ И ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 258

0321 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 259

0322 ОЦЕНКА СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 260

0323 ЗНАЧИМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ НЕКОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 260

0324 СВЯЗЬ БИОМАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С ОТДАЛЕННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 261

0325 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ 262

0326 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОТНОШЕНИЯ К ПРЕВЕНТИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 262

0327 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 263

0328 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У БОЛЬНЫХ С АССОЦИИРОВАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 264

0329 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR-γ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ САРТАНОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 264

0330 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОКС 265

0331 ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЛАЦИДИПИНА И КАНДЕСАРТАНА НА УРОВЕНЬ 8-ИЗОПРОСТАНА И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ 266

0332 ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ 267

0333 ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТРАНСФОРМАЦИИ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ 267

0334 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКЗОГЕННОГО ФОСФОКРЕТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РЕЦИДИВОМ КОРОНАРНОЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 268

0335 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 269

0336 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 270

0337 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 270

0338 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 271

0339 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 272

0340 УРОВЕНЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 272

0341 С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА 273

0342 ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ 274

0343 ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕЗИСТИНА, АДИПОНЕКТИНА И КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ 274

0344 ИММУНОРРЕГУЛЯТОРНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА 275

0345 ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ФОРМИРОВАНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЦА 276

0346 ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ....276

0347 ИЗМЕНЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАЛЬЦИЯ И МАГНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТОРАСЕМИДА И ИНДАПАМИДА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....277

0348 ВОЗМОЖНОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ....278

0349 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА....279

0350 ДОКЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....280

0351 ОСОБЕННОСТИ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ....280

0352 СОСТОЯНИЕ КЛАПАННО-ХОРДАЛЬНОГО АППАРТА У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА....281

0353 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦАУ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ....282

0354 ОЦЕНКА МОТИВИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПРИЕМ НИТРАТОВ ПАЦИЕТАМИ....283

0355 ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ: ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА....283

0356 АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЕ В КРОВИ КАК НОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОЦЕССА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ....284

0357 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В КАРЕЛИИ....285

0358 СВОЕОБРАЗИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В КАРЕЛИИ...285

0359 ПОКАЗАТЕЛИ СМАД И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В КОРРЕКЦИИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ....286

0360 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ....287

0361 ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ БЕРЛИНСКОГО ОПРОСНИКА И ШКАЛЫ ЭПВОРТА У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ....288

0362 КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ....288

0363 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ВАРИАНТОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....289

0364 ЛИДИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУДОСПОСОБНЫХ ЖЕНЩИН 35-55 ЛЕТ ..290

0365 ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....291

0366 БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....291

0367 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА И НЕОБХОДИМОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ....292

0368 К ВОПРОСУ О ВЫЯВЛЕНИИ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО- АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЕ....293

0369 ДИЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ....293

0370 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА ИНФАРКТА МИОКАРДА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ....294

0371 «НЕОБЪЯСНИМЫЕ» КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ....295

0372 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРИПОЧЕЧНОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ПРИ АССОЦИАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ДИНАМИКА НА ФОНЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ....295

0373 ИССЛЕДОВАНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ....296

0374 СТРУКТУРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА ШКОЛЬНИКОВ АРХАНГЕЛЬСКОГО ПРИПОЛЯРЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА....297

0375 ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРЫС ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА И ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ....298

0376 СРАВНЕНИЕ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С КОМБИНИРОВАННОЙ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ И ДОБУТАМИН СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЮ В ВЫЯВЛЕНИИ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ....298

0377 ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОТИПА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST....299

0378 ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СЕРДЦА....300

0379 ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ИШЕМИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ИБС....301

0380 ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МИОКАРДИАЛЬНОГО СТРЕССА И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА....301

0381 ОЖИРЕНИЕ И ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....302

0382 МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ КОРОНАРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЙ....302

0383 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНАИ БИСОПРОЛОЛА....303

0384 ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ НА ПРИМЕРЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ....304

0385 ДОЗИРОВАННАЯ ГИПОКСИЯ — АДЪЮВАНТНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ II-III ФУНКЦИОАНЛЬНОГО КЛАССА....304

0386 ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД С АТМОСФЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ И ИНГИБИТОРАМИ АПФ....305

0387 ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД С АТМОСФЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ И БЛОКАТОРАМИ АДРЕНЭРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ....305

0388 ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА — ТАБАКОКУРЕНИЕ. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ АНТИКУРИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ «БРОСЬ КУРИТЬ И ПОБЕДИ» В НОВОСИБИРСКЕ....306

0389 АТЕРОСКЛЕРОЗ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ — ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ В РАЗВИТИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ....307

0390 ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПАПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛИРАГЛУТИДА....307

0391 ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛИРАГЛУТИДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....308

0392 ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА....309

0393 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ....310

0394 ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ....310

0395 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТРАКОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ДАННЫМ «РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ТРАСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ»....311

0396 ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ИНТРАКОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ДАННЫМ «РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ТРАСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ»....312

0397 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ПЕРИОДА....313

0398 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕТОК МИОКАРДА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА....314

0399 ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИИ....314

0400 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....315

0401 О КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ПЕРСОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ....316

0402 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛЫХ СЕРДЕЧНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ....317

0403 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....317

0404 ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....318

0405 ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....319

0406 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....319

0407 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....320

0408 ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯВ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....321

0409 ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАГАСТРАЛЬНОГО БАЛЛОНА.....322

0410 МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-2 И -9 В ОЦЕНКЕ РИСКА ПОВТОРНОЙ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ.....322

0411 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....323

0412 ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....324

0413 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА КРОВИ В РАЗВИТИИ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ.....324

0414 ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ.....325

0415 ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ — ПУТЬ К ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST.....326

0416 КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ПОЖИЛИХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ВЗГЛЯД НА АНЕМИЧЕСКИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.....327

0417 ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ.....327

0418 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ — ЛИДЕР БОЛЕЗНЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ.....328

0419 ПРОБЛЕМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....329

0420 ПРОБЛЕМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....329

0421 НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....330

0422 ПОЗДНЯЯ ТЕМПЕРАТУРНАЯРЕАКЦИЯКОЖИ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ВАЗОРЕАКТИВНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙЭНДОТЕЛИЕМ.....330

0423 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИНДОПРИЛА И ИВАБРАДИНА В КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ, ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПАРАМЕТРОВ ДИАСТОЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....331

0424 ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ПРОДОЛЬНЫХ СКОРОСТЕЙ ДВИЖЕНИЯ МИОКАРДА В РЕЖИМЕ ТД.....332

0425 ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СРЕДИ ДЕТЕЙ Г.ЧЕЛЯБИНСКА ЗА ПЕРИОД 2000-2012 ГГ.....332

0426 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ ТАБАКА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ.....333

0427 КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....334

0428 ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ВКЛЮЧЕНИЯ КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, УЧАВСТВУЮЩИХ В ТРАНСПОРТЕ И УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА, НА ФОНЕ НЕПРЕРЫВНО ВОЗРАСТАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ.....334

0429 ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ПОДХОДЫ К ТРОМБОЛИЗИСУ.....335

0430 ВЗАИМОСВЯЗЬ АДИПОКИНОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЖИРОВОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 1.....336

0431 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА.....336

0432 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА.....337

0433 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА 338

0434 К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 339

0435 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 339

0436 АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ CAS-3 И BCL-2 В МИОКАРДЕ КРЫС-САМОК С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВВЕДЕНИИ МЕЛАТОНИНА 340

0437 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АССОЦИАЦИИ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 341

0438 СЦИНТИГРАФИЧЕСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 341

0439 ВЛИЯНИЕ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА ОБЪЕМНЫЕ СОСТОВЛЯЮЩИЕ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОК У БОЛЬНЫХ ХСН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСА 342

0440 НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ 342

0441 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНО ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА 343

0442 ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТАДИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПУЛЬСУРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ 344

0443 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 345

0444 ПРЕДИНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФЕНОМЕНА ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ 345

0445 ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА 346

0446 ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 347

0447 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 347

0448 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЛАТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ 348

0449 ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НА ЭТАПЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-II ФК 349

0450 УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ТРИМЕТАЗИДИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 349

0451 ПРИМЕНЕНИЕ КОРОНЕЛЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 350

0452 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 350

0453 ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ 351

0454 СВЯЗЬ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ С МАРКЕРАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЯМУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА 352

0455 ПРОФИБРОТИЧЕСКИЕ ЦИТОКИНЫ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА 353

0456 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ОСЛОЖНЕННОМ ТЯЖЕЛОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 353

0457 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ — ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ 354

0458 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ВНЕСЕРДЕЧНОЙ ХИРУРГИИ 355

0459 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО РИСКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМБИНАЦИЕЙ ЭНАЛАПРИЛА С АМЛОДИПИНОМ 356

0460 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРТЕНИЛА (РОЗУВАСТАТИНА) У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА С ИБС И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ 356

0461 ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КАЛЬЦИФИКАЦИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 357

0462 НОЧНАЯ ГИПОКСЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ....358

0463 ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ АБСАНС ЭПИЛЕПСИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЦА....358

0464 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....359

0465 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНГИОПЛАСТИКИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДВУХ И БОЛЕЕ СТЕНТОВ, УЧИТЫВАЯ ВРЕМЕННОЙ ИНТЕРВАЛ ИХ ИМПЛАНТАЦИИ....360

0466 СРАВНЕНИЕ ФАРМАКО-ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА И ПЕРВИЧНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМС ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST....360

0467 ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....361

0468 ЛЮБЕРЕЦКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ (ЛИС-2). ДИЗАЙН И ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ....362

0469 СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА У СПОРТМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА....362

0470 АГОНИСТ КАННАБИНОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ HU-210 ИМИТИРУЕТ ФЕНОМЕН ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ И ФЕНОМЕН ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ СЕРДЦА....363

0471 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ — ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ФЕНОТИПА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМАУ МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА....364

0472 ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА....365

0473 ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....365

0474 АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ — ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К ПРАКТИКЕ....366

0475 ВЛИЯНИЕ АГРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР, СОСУДИСТУЮ РИГИДНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ДОКАЗАННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....367

0476 ЧТО ТАКОЕ ОБЛАЧНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ....367

0477 ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА УРОВЕНЬ РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ....368

0478 ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОЙ ИНДЕКС БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ....369

0479 ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА САМООЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ....369

0480 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ....370

0481 СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....371

0482 ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ....371

0483 ОЦЕНКА ЭФФЕКТА СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД....372

0484 ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ С ЦЕЛЬЮ РЕПЕРФУЗИИ ФИБРИНСПЕЦИФИЧНЫХ И ФИБРИННЕСПЕЦИФИЧНЫХ ТРОМБОЛИТИКОВ....373

0485 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО РАЗНЫМ КЛАССИФИКАЦИЯМ....373

0486 РАЗЛИЧИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 У БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА....374

0487 ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕГИОНАЛЬНЫХ СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРАХ ХМАО-ЮГРЫ....375

0488 ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ХМАО-ЮГРЕ....375

0489 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ....376

0490 ЧАСТОТА АЛЛЕЛЕЙ CYP2C19*2, CYP2C19*3 И CYP2C19*17 У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ АСПИРИНА, ПРИНИМАЮЩИХ КЛОПИДОГРЕЛ....377

0491 РОЛЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-3 КАК ПРЕДИКТОРА ОТСРОЧЕННОГО СНИЖЕНИЯ

СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ....377

0492 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ В ПРОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ГЕНА ABCG1 НА РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА....378

0493 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ В ПРОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ГЕНА ABCG1 НА РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА....379

0494 РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА....379

0495 ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА....380

0496 ВЛИЯНИЕ ГОЛОДАНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА....381

0497 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ....381

0498 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ИНГАЛЯЦИЯМИ КСЕНОНА....382

0499 ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ОБЪЕМ ПОРАЖЕННОГО МИОКАРДА И ПЕРИИНФАРКТНУЮ ЗОНУ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST....383

0500 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST....384

0501 ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СООТНОШЕНИЯ «ОБЩИЙ БЕЛОК/КРЕАТИНИН» В МОЧЕ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ....384

0502 КИНЕТИКА СЕРДЕЧНЫХ БИОМАРКЕРОВ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ....385

0503 СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ....385

0504 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА....386

0505 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....387

0506 ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ACE, HPA1 И P2RY12 И ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ....388

0507 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ СИНКОПЕ....388

0508 ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАДИОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В РАЗВИТИИ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ....389

0509 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ....390

0510 НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ....390

0511 РОЛЬ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ МИОКАРДА В ФОРМИРОВАНИИ ЕГО ПОВЫШЕННОЙ АДАПТАЦИОННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ИШЕМИЧЕСКОМУ-РЕПЕРФУЗИОННОМУ ПОВРЕЖДЕНИЮ....391

0512 СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ....392

0513 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ....392

0514 АНАЛИЗ ЭХОКГ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА....393

0515 МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ О ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНИ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ....394

0516 ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К СВОИМ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧАМ....394

0517 СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ, ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КИСЛОРОД-ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У СПОРТСМЕНОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ИЗ ПАНТОВ МАРАЛА....395

0518 «ИДИОПАТИЧЕСКИЕ» АРИТМИИ: НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПСИИ МИОКАРДА, РОЛЬ АНТИКАРДИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ....395

0519 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ВИРУС-ПОЗИТИВНЫХ И ВИРУС-НЕГАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДКМП....396

0520 ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ....397

0521 ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИ ПОДБОРЕ ДОЗЫ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА....398

0522 КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА В АЗИАТСКОЙ ЧАСТИ РОССИИ....398

0523 ДВАДЦАТИЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ....399

0524 КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛСТВА....399

0525 СИСТЕМА МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ВОСПАЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА....400

0526 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....401

0527 ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ВЫСОКИМИ ДОЗАМИ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА....402

0528 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АУРИКУЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ВАГУСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСЕ СО СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙСИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....402

0529 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТРУКТУРЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ....403

0530 ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ АССОЦИАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА....404

0531 ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ....405

0532 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА....405

0533 ОЦЕНКА КОНТРАКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ....406

0534 НАРУШЕНИЕ ЭКТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ФАКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ....407

0535 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА....407

0536 ДИСРЕГУЛЯЦИЯ ЭКТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА....408

0537 ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ЛИЦ С ИБС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА....409

0538 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....410

0539 ПРЕСТАНС В СНИЖЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ....410

0540 ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА — ЧТО ЕМУ ПРЕДШЕСТВУЕТ?....411

0541 МОНИТОРИНГОВАЯ ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА....412

0542 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КРИЗОВЫМ ЕЕ ТЕЧЕНИЕМ....413

0543 СВЯЗЬ ПРИНЦИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ....413

0544 ОСОБЕННОСТИ ПОСТГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ....414

0545 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ....415

0546 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКРЫТОЙ, МАСКИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ....415

0547 СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТЬ ГЕМОДИНАМИКИ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА....416

0548 ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ НА АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА....417

0549 ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ АОРТЫ И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА....417

0550 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ....418

0551 ПОЛИМОРФИЗМ A1166C ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 419

0552 ВЛИЯНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 419

0553 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 420

0554 НЕКОТОРЫЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ 421

0555 ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ 421

0556 ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ О ГОМЕОПАТИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ 422

0557 ВОЗРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ТЕРАГЕРЦОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ 423

0558 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «НОВЫХ» БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА 423

0559 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 424

0560 РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ОБУЧАВШИМИСЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ 425

0561 ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМ X 426

0562 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ КАРДИАЛЬПЫМ СИНДРОМОМ X 426

0563 ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОЦЕНКЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 427

0564 КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ «ПОРТРЕТ» ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 428

0565 ОПЫТ КОНТРОЛЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 428

0566 ОСОБЕННОСТИ АССОЦИИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОПОРОЗА 429

0567 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 430

0568 ВЛИЯНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ 431

0569 АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 432

0570 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПЕРЕДНЕ-ЗАДНИМ РАЗМЕРОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ 432

0571 ИЗМЕНЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДАУ БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВЫБОРЕ РАЗЛИЧНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИИ 433

0572 БЛОКАТОРЫ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА2 434

0573 ВОЗДЕЙСТВИЕ МИЛДРОНАТА НА АВТОНОМНУЮ КАРДИАЛЬНУЮ НЕЙРОПАТИЮ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 434

0574 ОКИСЛЕННО-МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ЛИПИДЫ И ПРОТЕИНЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 435

0575 НАРУШЕННАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ГРУППЕ МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 436

0576 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ УСИЛЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ 437

0577 СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ НАЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ОКСБПST) В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ? 437

0578 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ И КАРДИОЛОГОВ 438

0579 ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА 439

0580 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОДВЕРГНУТЫХ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА 440

0581 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 440

0582 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕННИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ВЫСОКО- И НИЗКОКОМПЛАЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ.....441

0583 ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМБИНАЦИИ С АМИОДАРОНОМ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД КАДИОВЕРСИИ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ I ТИПА.....442

0584 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИКАГРЕЛОРА ПРИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST.....443

0585 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ РАЗЛИЧНЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.....443

0586 ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ПРИОБРЕТЁННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....444

0587 ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА.....445

0588 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИЗИСА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....445

0589 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....446

0590 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА МОНГОЛИИ.....447

0591 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СТЕНКИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 447

0592 ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ ИБС С АГ.....448

0593 ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ВЛИЯНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ АППЛАНАЦИОННОЙ ТОНОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ ИБС С АГ.....449

0594 ДИАГНОСТИКА ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....449

0595 ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ.....450

0596 ВЫСОКАЯ ОСТАТОЧНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ У БОЛЬНЫХ ИБС ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....451

0597 АССОЦИАЦИЯ МАКРОАНГИОПАТИЙ С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2.....451

0598 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОФЕССИИ И ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД.....452

0599 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ САМООЦЕНКА У МУЖЧИН С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ.....453

0600 ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХОЛЕСТЕРИНА ЛНП ПРИ СТАРТОВОМ НАЗНАЧЕНИИ АТОРВАСТАТИНА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ.....453

0601 ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛОГО СТЕНОЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ.....454

0602 ВОЗМОЖНОСТИ АОРТАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА.....455

0603 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА.....455

0604 НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАНКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ.....456

0605 ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....457

0606 ДИНАМИКА ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ АНЕВРИЗМОЙ.....458

0607 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....458

0608 ДИНАМИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ — РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ.....459

0609 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК СО СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ И СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....460

0610 СОДЕРЖАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У ЛИЦ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ И У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....461

0611 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ....461

0612 ИЗМЕНЕНИЕ КОМПЕНСАТОРНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК....462

0613 ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ САМОКОНТРОЛЯ ДАВЛЕНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ....463

0614 СПЕКТР МУТАЦИЙ В 24-32 ЭКЗОНАХ ГЕНА FBN1 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА....463

0615 ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ МИТОНИИ ШТЕЙНЕРТА- КУРШМАНА-БАТТЕНА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ....464

0616 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....465

0617 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ....465

0618 ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)....466

0619 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ 6 ОНП С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС У ПАЦИЕНТОВ КОРЕННОЙ И НЕКОРЕННОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ ЯКУТИИ....467

0620 КАРДИОБИОПОКАЗАТЕЛИ И КАРДИОБИОМАРКЕРЫ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И РЕВИТАЛИЗАЦИИ....468

0621 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ В РЕГИОНЕ С ПОЗИЦИИ КАРДИОЛОГА....469

0622 НИЗКОАКТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ОЧАГАХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА ИБС....469

0623 РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗАВ ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ СТЕНОЗОВ АРТЕРИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА У ПАЦИЕНТОВ **С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**....470

0624 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ....471

0625 ЖИДКОСТНЫЕ ПРОСТРАНСТВА МИОКАРДА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО И ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ИНГИБИТОРА АПФ ЭНАПА В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ....471

0626 ВЛИЯНИЕ ЭНАПА НА СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АОРТЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО И ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ....472

0627 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА....473

0628 ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ФОРМИРОВАНИИ СТЕНОЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА....474

0629 ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ....474

0630 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГЕНА ФИБРИЛЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА....475

0631 ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ УСТРОЙСТВА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ: ОПЫТ 10 ЛЕТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ....476

0632 ДИССИНХРОНИЯ МИОКАРДА И ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....476

0633 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ НИКОРАНДИЛ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ III ФК....477

0634 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА....478

0635 ХАРАКТЕРИСТИКА СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХНЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ....478

0636 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....479

0637 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ....480

0638 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА В ВОЗРАСТЕ ДО 40 ЛЕТ И СТАРШЕ....481

0639 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ....481

0640 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ....482

0641 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С....482

0642 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕРТЕНИЛОМ....483

0643 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ГОРОДА БАРАНОВИЧИ....484

0644 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ И АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТЫ ЛЕВОВРАЩАЮЩЕГО ИЗОМЕРА АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВО....485

0645 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ТОМСКЕ И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ....485

0646 СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ III-IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ....486

0647 ВЛИЯНИЕ ОЧАГОВ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ....487

0648 СОДЕРЖАНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО АНТАГОНИСТА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....487

0649 ВЕРЯТ ЛИ ПАЦИЕНТЫ В «МИФЫ О ТАБЛЕТКАХ»?....488

0650 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ....489

0651 РАЗОЧАРОВАНИЯ И НАДЕЖДЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ....489

0652 ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА И «МЯГКИЕ ОПИОДЫ»)....490

0653 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ....491

0654 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ АРИТМИИ (ПО EHRA) У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ....491

0655 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ....492

0656 СВЯЗЬ УРОВНЕЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ И НЕОАНГИОГЕНЕЗА В КРОВИ С 5-ЛЕТНИМ ПРОГНОЗОМ У БОЛЬНЫХ ИБС....493

0657 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ЛИЦ УМСТВЕНОГО ТРУДА....493

0658 ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ....494

0659 БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИМЕЮТ ПОВЫШЕНЫЙ РИСК ТРАНЗИТОРНОЙ СИСТОЛОГИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ....495

0660 ЗАВИСИТ ЛИ РИГИДНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ?....495

0661 КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....496

0662 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ С БЛОКАТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ АТ1-РЕЦЕПТОРОВ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ....497

0663 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕНЕРИКОВ АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....497

0664 ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКАИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ....498

0665 ЗАВИСИМОСТЬ КОЛИЧЕСТВА ФАКТОРОВ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ И ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ....499

0666 КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПАРАМЕТРАМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ЭХОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ОЦЕНКЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ....499

0667 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОЖИРЕНИЯ....500

0668 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....501

0669 ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....502

0670 ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТИЛЯ ЖИЗНИ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА....502

0671 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ....503

0672 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ....503

0673 НЕКОТОРЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ....504

0674 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ....505

0675 НЕЙРОАДАПТИВНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭКОЛОГО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫМ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ....506

0676 ХРОНОСТРУКТУРА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА....506

0677 ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ....507

0678 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ....508

0679 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСМКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ....509

0680 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ....509

0681 ИНТЕРВАЛЬНАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ПРЕДИАБЕТОМ....510

0682 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИННЕСОТСКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ «КАРДОСТИН»....511

0683 АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....512

0684 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИКОРА КАК КАРДИОГЕПАТОПРОТЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА....512

0685 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ....513

0686 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА....514

0687 СЕРОВОДОРОД КАК ЭНДОГЕННЫЙ РЕГУЛЯТОР КАЛЬЦИЙИНДУЦИРОВАННОГО ОТКРЫВАНИЯ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПОРЫ В СЕРДЦЕ ВЗРОСЛЫХ И СТАРЫХ КРЫС....515

0688 ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КАРДИОПРОТЕКТОРОГО ДЕЙСТВИЯ НОВОГО АКТИВАТОРА КАТФ КАНАЛОВ ПРЕПАРАТА ФЛОКАЛИН 515

0689 ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ АРИТМИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....516

0690 ГЕНДЕРНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В МАЛЫХ ГОРОДАХ И СЕЛАХ КЫРГЫЗСТАНА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА)....517

0691 ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ АССОЦИИРУЕТСЯ С УВЕЛИЧЕНИЕМ АКТИВНОСТИ МАРКЕРОВ КОЛЛАГЕНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА....517

0692 ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА....518

0693 БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЛИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ....519

0694 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА....519

0695 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА....520

0696 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА В ЗАВИСИМОСИ ОТ НАПРАВЛЕННОСТИ И ПЕРИОДА ТРЕНИРОВОЧНО-СОРЕВНОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА....521

0697 МАРКЁРЫ НАРУШЕНИЯ АЛАПТАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ СЕРДЦА У ЛИЦ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)....522

0698 ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ АНГИОПАТИЯМИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА....522

0699 БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И У ЛИЦ С АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ....523

0700 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В Г. ЯКУТСКЕ (ПРОГРАММА ВОЗ РЕГИСТР ОИМ)....524

0701 ВОЗМОЖНОСТИ В КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ....525

0702 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПРИ РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА....525

0703 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ИХ СВЯЗЬ С ОТДАЛЕННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ....526

0704 ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ....527

0705 КАРДИОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ....528

0706 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ПРОБЫС ГЛУБОКИМ ДЫХАНИЕМ....528

0707 ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ИХ СЕМЕЙ....529

0708 ОБОСНОВАНИЕ, РАЗРАБОТКА, ВНЕДРЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ВАЗОВАГАЛЬНЫМИ СИНКОПЕ....530

0709 НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ....531

0710 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН....531

0711 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ....532

0712 ОСОБЕННОСТИ ВНИМАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП....533

0713 СОСТОЯНИЕ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ....533

0714 ВЫЯВЛЕНИЕ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ОЛИГВОНА И СИМВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС....534

0715 ВЛИЯНИЕ АФК НА ОБЪЕМ — ОПОСРЕДОВАННУЮ РЕГУЛЯЦИЮ КАЛИЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА....535

0716 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ ОПОСРЕДОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ....535

0717 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ....536

0718 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА МЕТАБОЛИЗМ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ....537

0719 РЕОКОРРЕГИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПОДАГРОЙ....538

0720 ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОДАГРОЙ.....538

0721 СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЖЕСТКОСТЬЮ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ.....539

0722 АЛЬБУМИНУРИЯ И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....540

0723 КАНАЛЬЦЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....541

0724 ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПОВЕРХНОСТНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....541

0725 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....542

0726 ПОКАЗАТЕЛИ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО... 543

0727 АССОЦИАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С ПОЛИМОРФИЗМОМ E2/E3/E4 ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е И С-206Т ГЕНА КАТАЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....544

0728 ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ: ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА (РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ).....544

0729 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ: ДИНАМИКА 2005-2011 ГГ.....545

0730 ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОКС.....546

0731 СВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ПОДФРАКЦИИ ЛИПОПРОТЕИДОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....547

0732 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНДОПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА.....547

0733 СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА И ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА.....548

0734 ВЛИЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ НА ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ОБМЕН ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА.....549

0735 ОСОБЕННОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....549

0736 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ.....550

0737 ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ ДЕПО.....550

0738 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА, НЕБИВОЛОЛА И АМЛОДИПИНА НА УРОВНИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....551

0739 ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ БИФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....552

0740 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИУ БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....552

0741 КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНОЙ ХБП И АГ, НАХОДЯЩЕЙСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.....553

0742 КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИПАРАМЕТ-РОВ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИПРОВЕДЕНИИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХПРОБ.....554

0743 К ВОПРОСУ О ВЫЯВЛЕНИИ АРИТМИЙ АССОЦИИРОВАННЫХ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ.....554

0744 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....555

0745 ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.....556

0746 РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....557

0747 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....557

0748 АНАЛИЗ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....558

0749 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С ВАЛЬСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....559

0750 ПРИМЕНЕНИЕ АМИОДАРОНА В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ У БОЛЬНЫХ С НИЗКИМАРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА....559

0751 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ....560

0752 ДИНАМИКА ЗНАЧЕНИЙ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST....561

0753 ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ — ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА....562

0754 ПРИМЕНЕНИЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА....562

0755 ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ФРАКЦИЮ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ....563

0756 ИССЛЕДОВАНИЕ ОПИОИДЕРГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА КАРДИОПРОТЕКТОРНОГО ЭФФЕКТА АДАПТАЦИИ К ХРОНИЧЕСКОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ....564

0757 СВЯЗЬ МАССЫ ТЕЛА С ОСОБЕННОСТЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....564

0758 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КАБИНЕТЕ ТЕРАПЕВТА....565

0759 ИБС У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: АНАЛИЗ КОРОНАРОГРАММ И ЧРЕСКОЖНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ....566

0760 ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ СЛУЖБ ПРИ МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ....567

0761 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ....567

0762 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ СЦИНТИГРАФИЯ С 123I-ФМПДК В ПРОГНОЗЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИУ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ....568

0763 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ПОСТМЕНОПАУЗЫ....569

0764 ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ....570

0765 ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДОЛИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ....570

0766 РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ....571

0767 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ С ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ....572

0768 СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ....573

0769 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....573

0770 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ СТРЕССА, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ....574

0771 НЕКОТОРЫЕ НАРУШЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ....575

0772 ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС И СИМПАТО-ВАГУСНОЕ ОТНОШЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ МЕМБРАННЫХ НАРУШЕНИЙ....575

0773 ПСИХОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ....576

0774 ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ КАК МАРКЕР ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ....577

0775 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ....577

0776 ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ....578

0777 ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА И АТЕНОЛОЛА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....579

0778 ВОЗМОЖНОСТЬ ВЗАИМОЗАМЕНЫ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ И АТЕНОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ....579

0779 ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ....580

0780 ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ СИНДРОМЕ АПНОЭ ВО СНЕ....581

0781 АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....581

0782 ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ....582

0783 РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОСЛОЖНЕННОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ....583

0784 ВЗАИМОСВЯЗЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ....583

0785 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СРЕДНИХ ЗНАЧЕНИЙ СКОРОСТИ НАТРИЙ-ЛИТИЕВОГО ПРОТИВОТРАНСПОРТА В ЭРИТРОЦИТЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ....584

0786 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА....585

0787 НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ....585

0788 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ИБС....586

0789 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ИШЕМИИ МИОКАРДА....587

0790 МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ....587

0791 ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ: РОЛЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА....588

0792 УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ....589

0793 МЕТОД УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА....589

0794 СНИЖЕНИЕ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ РЕАКТИВНОСТИ В АКТИВНОЙ ОРТОПРОБЕ — МАРКЕР ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ....590

0795 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ К ПИЩЕ «УНИК ОМЕГА-3» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ....591

0796 ДИНАМИКА ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС....592

0797 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДНК-ДИАГНОСТИКИ КАК БОЛЬШОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ АРИТМОГЕННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА....592

0798 АССОЦИАЦИЯ ЛОКУСА 9P21.3 С ИСХОДАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ....593

0799 ИНТЕГРАЦИЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ RS1333049 (9P21.3) И RS619203 (6Q22) В КАЛЬКУЛЯТОР SCORE С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА....594

0800 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНОЙ (ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ) ИШЕМИИ МИОКАРДА У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ....594

0801 ОПЫТ НАЗНАЧЕНИЯ ВАЛЬДОКСАНА В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2....595

0802 ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ....596

0803 ОСОБЕННОСТИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СО СТОЙКИМ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭКГ....597

0804 5-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМИ БИФУРКАЦИОННЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ....597

0805 ВОПРОСЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ВАХТЫ В ЗАПОЛЯРЬЕ....598

0806 ПРОГРАММА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ....599

0807 ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ЗНАЧИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ....600

0808 РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ....600

0809 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРЫ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....601

0810 КОРРЕКЦИЯ ВОСПАЛЕНИЯ, ЭНДОТОКСЕМИИ И НИТРОЗИЛИРУЮЩЕГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЯХ....602

0811 ВЛИЯНИЕ ЭКВАТОРА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ....602

0812 К ВОПРОСУ ОБ БЕЗОПАСНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП....603

0813 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДИНАМИКИ ТЕРАПИИ ИАПФ, АРА И β-АБ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ....604

0814 NT-PROBNP СОХРАНЯЕТ ЗА СОБОЙ ПОЗИЦИИ ПРЕДИКТОРА ДИНАМИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ....605

0815 ОЦЕНКА РЯДА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА....605

0816 ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ ВАРФАРИНА....606

0817 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ТЮМЕНИ....607

0818 ВЛИЯНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ....608

0819 ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРЕДИКТОР ОТСУТСТВИЯ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ....608

0820 РАЗЛИЧИЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА....609

0821 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА....610

0822 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЯХ....610

0823 ФАКТОРЫ РИСКА И ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛЛИЧЕСТВА ПОРАЖЕННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ....611

0824 ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АЛЬДОСТЕРОНСИНТАЗЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА....612

0825 RESPONSE TO ASPIRIN AND CLOPIDOGREL IN ASIAN POPULATION....613

0826 ABBREVIATED VERSUS STANDARD EPTIFIBATIDE INFUSION IN ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION — OUTCOMES AND PREDICTORS OF COMPLICATIONS....613

0827 VENTRICULAR PRE-EXCITATION MANIFESTED IN THE COURSE OF AORTIC VALVE ENDOCARDITIS RESULTED IN MULTIPLE VFS AND SEVER LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION....614

0828 THE BLOOD PARAMETERS IN NON-ST-ELEVATED ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS....615

0829 DETECTION OF PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION IN HYPERTENSIVE PATIENTS....615

0830 ARRHYTHMIAS PREDICTORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION....616

0831 L-ARGININE TO PROLONG EXERCISE POTENTIAL....616

0832 СНИЖЕНИЕ МАССЫ И ТОЛЩИНЫ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ КАРДИО-РЕСИНХРОНИЗАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ (КРТ)

СОПРОВОЖДАЕТСЯ БЛАГОПРИЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОГНОЗОМ И УМЕНЬШЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ..... 617

0833 MAGNESIUM AS A SUPPLEMENT IN THE TREATMENT OF HEART DISEASE..... 618

0834 PARAMETERS FOR ASSESSMENT OF OUTCOME AND SURVIVAL RATE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE..... 618

0835 CLINICAL SIGNOFICANCE OF HYPERURICEMIA IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION..... 619

0836 CHRONIC INTERMITTENT HYPOBARIC HYPOXIA AMELIORATES ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY OF HEART VIA NA+/CA2+ EXCHANGER IN DEVELOPING RATS..... 619

0837 STAPHISAGRIA AND POST-SURGICAL COMPLICATIONS..... 620

0838 FAMILIAL TAKO-TSUBO CARDIOMYOPATHY; CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES INCLUDING ECHOCARDIOGRAPHIC AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS..... 620

0839 RESULTS OF ENHANCED EXTERNAL COUNTERPULSATION (EECP) THERAPY FROM MID-WESTERN UNITED STATES..... 621

0840 POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF THE FONTAN SURGERY IN PATIENTS FROM A PRIVATE INSTITUTION FROM MEDELLIN — COLOMBIA..... 622

0841 PROTECTIVE EFFECT OF CHRONIC INTERMITTENT HYPOBARIC HYPOXIA ON HEART AGAINST ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY..... 622

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ..... 623

0001

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЭКГ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Абдалиева Ч.А., Ким А.В.

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель исследования: Изучить возможности использования интернет-электрокардиографии в условиях городской поликлиники Санкт-Петербурга

Материалы и методы: Пять аппаратов для съемки ЭКГ «Кардиометр» были предоставлены в терапевтические отделения участковым врачам, в отделение функциональной диагностики и отделение травматологии. Один из аппаратов выдавался в пользование пациентам, которые страдали кратковременными пароксизмами нарушений ритма и потому не могли быть документированы при использовании обычного порядка регистрации ЭКГ по предварительной записи. Участковые врачи при посещении больных и необходимости уточнения диагноза передавали ЭКГ на сервер, получали информацию о результатах предварительного компьютерного анализа ЭКГ в терминах «норма», «отклонение от нормы», «патология» и имели возможность уточнить ЭКГ заключение у врача-кардиолога в режиме on-line.

Результаты: Всего врачами терапевтами и пациентами зарегистрировано и передано на сервер 165 ЭКГ пациентов ГБУЗ «Городская поликлиника № 37». Возможность съема ЭКГ позволила своевременно поставить диагноз острого инфаркта миокарда и госпитализировать 12 человек, что существенно сократило время от начала ангинозного приступа до госпитализации. Выявлено 16 пациентов с признаками ишемии миокарда, у 2 пациентов своевременно снятая ЭКГ позволила выявить жизнеугрожающие нарушения ритм. При проведении самоконтроля ЭКГ пять пациентов документировали кратковременные пароксизмы фибрилляции предсердий. Практическое использование интернет- ЭКГ в работе врачей первого контакта позволило существенно сократить предварительную запись на проведение ЭКГ исследования и свести к минимуму выезды для регистрации ЭКГ на дому.

Выводы: обеспечения врачей портативными устройствами съема ЭКГ и использование интернет-электрокардиографии в условиях работы городской поликлиники существенно облегчает постановку диагноза ОИМ, позволяет сократить время от начала ангинозного приступа до оказания больному специализированной помощи. Метод самоконтроля ЭКГ показал свою эффективность в распознавании редких аритмических событий. Показана высокая экономическая эффективность данного метода, которая обеспечивается возможностью сокращения расходов на обследование при возникновении кратковременных и редких аритмических событий, уменьшением съема ЭКГ на дому, возможностью отказа от использования архива ЭКГ на бумажном носителе.

0002

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА И ИВАБРАДИНА ПРИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаев А.А., Исламова У.А.

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

Цель– нормализовать частоту сердечных сокращений(ЧСС) небивололом и ивабрадином у пациентов с ИБС в постинфарктном периоде.

Методы: Наблюдали 106 пациентов обоего пола, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 40 до 65 лет с непосредственным наблюдением со дня выписки из стационара в течение одного месяца, в том числе:а) 52 пациента контрольной группы со стандартным лечением, включающим ацетилсалициловую кислоту, аторвастатин (липтонорм компании Фармстандарт, Россия), небиволол (бинелол5 мг/суткомпании Belupo, Хорватия), периндоприл (престариум А компании Servier, Франция) и по показаниям — нитраты и другие препараты; б) 54 пациента группы вмешательствас применением ивабрадина (кораксан10 мг/суткомпании Servier, Франция) в сочетании со стандартным лечением (основная группа).Проводилиисходно в 1-й день после выписки из инфарктного отделения Республиканской больницы №2 и через и в конце месяца от начала лечения регистрацию показателей ЭКГ высокого разрешения (ППЖ, дисперсияQRS и интервала QT),суточное мониторирование ЭКГ по Холтерукомпьютерной системой «Diacard» фирмы Medicom(Москва).

Результаты: Эффективный контроль ЧСС достигнут в основной группе, где больные получалиивабрадин и небивовол одновременно по сравнению с контрольной группой (98-60 уд/мин и 99–69уд/мин соответствен-

но); что сопровождалось значимымуменьшениемчастоты регистрации поздних потенциалов желудочков и количества желудочковых экстрасистол восновной группе.

Выводы: Сочетанное применение небиволола и ивабрадина позволяет обеспечить контроль ЧСС в постинфарктном периоде в большей степени, чем изолированный прием небиволола в с составе стандартной терапии; снижение ЧСС до оптимальных значений приводит к уменьшению частоты регистрации ППЖ и соответственно желудочковых нарушений ритма.

0003

ЭНДОТЕЛИЙ ПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить вазопротективную эффективность монотерапии индапамидом у больных артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования: Обследовано 32 больных артериальной гипертонией (АГ) I-II степени (ВОЗ, 2007), средний возраст 47,25±9,55 лет. Средняя длительность АГ составила 6,25±4,38 лет. Для определения функции эндотелия проводился тест с реактивной гиперемией. Оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии (ΔD%). Толщину комплекса интима/медиа (КИМ) общей сонной артерии оценивали методом дуплексного сканирования. Измерение проводилось датчиком 7,5 МГц на аппарате ультразвуковой системы «Еп VisorC» («PHILIPS», Голландия). Уровень микроальбуминурии (МАУ) в суточной моче определялся методом ферментативного анализа на биохимическом анализаторе «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания), позволяющего оценить МАУ в пределах 20-100 мг/л и выше. Все больные находились на 12-недельной терапии индапамидом (Индап, Pro.Med.CS, Чешская Республика) в суточной дозе 2,5 мг. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ из пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 6.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p<0,05$.

Результаты исследования. На фоне 12-недельной монотерапии индапамидом отмечено достоверное снижение систолического и диастолического АД (САД и ДАД): САД на 16,99±5,44%, ДАД на 18,05±9,03% ($p<0.000$). Таким образом, на фоне терапии индапамидом достигнут отличный гипотензивный эффект. На фоне 12-недельной монотерапии индапамидом отмечалось достоверное улучшение ЭЗВД по сравнению с исходными показателями: 7,74±3,41% против 10,17±4,04% ($p<0,05$), с достижением полной нормализации этого показателя. Выделение больных со сниженной и нормальной ЭЗВД, а также анализ динамики вазомоторного ответа плечевой артерии на фоне проводимой терапии у больных показал, что до лечения со сниженной ЭЗВД было 46,9% больных, с нормальной ЭЗВД — 53,1% больных ($p=0,803$, $\chi^2=0,062$); после лечения со сниженной ЭЗВД стало 31,3% больных, с нормальной ЭЗВД — 68,7% больных ($p=0,006$ $\chi^2=7,562$). Интересно отметить, что полная нормализация потокозависимой вазодилатации у больных со сниженной ЭЗВД в целом по группе составила 33,3% больных. Вазопротективный эффект индапамида проявлялся также в тенденции к снижению МАУ: 14,11±16,22 мг/л против 10,32±9,4 мг/л ($p>0,05$), а также к уменьшению КИМ: 0,85±0,17 мм против 0,79±0,17 мм ($p>0,05$).

Заключение. Результаты исследования показали высокую гипотензивную и эндотелийпротективную эффективность индапамида у больных артериальной гипертонией.

0004

СОПОСТАВИМОСТЬ ДАННЫХ РАННЕЙ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ, ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И КОРОНАРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

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

Республиканский специализированный центр кардиологии, Узбекистан, Ташкент

Цель. Определить возможность интерпретации данных ХМЭКГ и ранней нагрузочной пробы как показа-

теля тяжести коронарного поражения у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с возвратной стенокардией на фоне сахарного диабета 2 типа (СД).

Методы исследования. В исследование включено 27 больных обоего пола, из поступивших в отделение кардиореанимации с диагнозом ОКС и высоким риском развития ранней постинфарктной стенокардии. Больные получали стандартную терапию ОИМ — ацетилсалициловая кислота в дозе 75-150 мг/сут, клопидогрель в дозе: в 1-е сутки 300 мг, а далее по 75 мг/сутки, в/в инфузия гепарина с последующим п/к инъекции НМГ или НФГ, аторвастатин 40-80 мг/сут, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, АПФ-ингибиторы, нитраты и анальгетики по необходимости. Всем больным проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ на 2-3 сутки ОИМ, коронарография и велоэргометрическая проба на 11-14 сутки ОИМ. По данным коронароангиографии больные были разделены на 2 группы: 1 группа (n=15) с поражением до 2-х коронарных артерий, 2 группа (n=12) с поражением 3-х и более сосудов. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям.

Полученные результаты. В группе с поражением 2-х и менее сосудов, у всех лиц со средней ТФН отмечалась отрицательная проба, и только у 44% лиц с низкой ТФН проба была положительной. По данным ХМЭКГ изменения ST ишемического характера наблюдались у 26,7%. В группе больных с поражением 3-х и более сосудов отмечается значимо больший процент лиц с низкой ТФН (80%), и больший процент изменений на ЭКГ ишемического характера (75%). Однако по данным ХМЭКГ изменения ST ишемического характера наблюдались у 33,3 %. Но необходимо отметить, что общий объем выполненных работ, в этой группе был значимо выше (1704,86±899 против 1185,75±847,8 соответственно, p<0,0001), а параметр «боль/эквивалент» в группах достоверно не различался (p<0,1).

Заключение. ХМЭКГ и ВЭМ-пробу нельзя рассматривать в качестве высокоспецифичного метода прогнозирования степени поражения коронарного русла у больных, так как вероятность ложноотрицательных исходов сохраняется на уровне стандартной процедуры оценки результатов исследования. Из этого следует, что любой отрицательный результат пробы характеризуется низким уровнем достоверности, что согласуется с данными Европейской ассоциации кардиологов, показывающими, что вероятность наличия ИБС у 65-летнего пациента с истинной стенокардией превышает 75 %, даже если результат нагрузочной пробы был отрицателен

0005

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ПОКАЗАТЕЛИ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаева Ч.А., Камилова У.К., Аликулов И.Т.

Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние омега- 3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) омакора на показатели агрегационной активности тромбоцитов у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК.

Материал и методы исследования: Обследованы 32 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным ХСН — мужчины в возрасте 47-60 лет (средний возраст 53,9±4,2лет). Давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составил от 2 месяцев до 3 лет. Больные со II ХСН составили 16 больных и III ФК-16 больных. Контрольную группу составила 10 практически здоровых лиц. Функциональную активность тромбоцитов определяли по методу Born. В качестве индуктора использовали АДФ в концентрации 0,5-5 мкм. Омакор назначался в дозе по 1 г в сутки в течение 6 месяцев. Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц ECXEL 6.0 Windows-95.

Полученные результаты. Результаты исследования функциональной активности тромбоцитов у больных II ФК ХСН показали, что агрегационная активность тромбоцитов (ААТ) была на 2,7 и 2,65 раза ниже, а скорость агрегации тромбоцитов и максимальная амплитуда — на 5,5 и 5,8 раза и на 5,6 и 5,8 раза, соответственно, выше, чем у здоровых лиц. Аналогично, но более выражено изменялись показатели при III ФК ХСН: ААТ была на 3,2 и 3 раза (P<0,001) меньше, чем у здоровых лиц, скорость агрегации тромбоцитов и максимальная амплитуда- выше на 8,5 и 5,5 раза, на 7 и 7,2раза (P<0,02), соответственно. Анализ полученных результатов показал, что на фоне длительного приема омакора у больных с II ФК ХСН отмечалось достоверное увеличение ААТ в 2,3 раза (P<0,001), снижение Varp и Amax на 68,2 и 59,6% (P<0,001), соответственно по сравнению с исходными показателями. У больных с III ФК ХСН после курса омакора отмечалась тенденция к увеличению

показателя ААТ в 1,7 раз, а Varp и Amax — снизились на 55,1 и 67,3% (P<0,001).

Вывод: У больных ХСН с прогрессированием заболевания отмечается усиление агрегационной активности тромбоцитов, а длительный прием омакора способствовал достоверному снижению этих показателей.

0006

ОСОБЕННОСТИ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Авдеева К.С., Петелина Т.И., Гапон Л.И.

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

Цель работы: оценить особенности эластических свойств артерий у пациентов артериальной гипертонией и метаболическими нарушениями, проследить характер взаимосвязи эластических свойств сосудистой стенки с биохимическими параметрами сыворотки крови.

Материалы и методы: обследовано 129 пациентов в возрасте от 21 года до 65 лет, которые распределились в две группы. 1-ая группа — пациенты с эссенциальной АГ I-III степенью, (n=52); 2-я группа — пациенты с АГ I-III степенью и метаболическими нарушениями (абдоминальное ожирением ОТ и умеренная гиперлипидемия — ОХ ‹ 6,5 ммоль/л), (n=77). Оценивались: параметры эластических свойств сосудистой стенки по данным сфигмографии на аппарате VASERA VS-1000 «FUCUDA» Denshi: CAVI — сердечно-лодыжечный сосудистый индекс; R-, L-ABI — лодыжечно-плечевой индекс; R-AI — индекс аугментации или индекс отражения пульсовой волны; R-, L-PVW — скорость пульсовой волны; биохимические параметры: липидного спектра (общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ)); продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (малоновый диальдегид (МДА) и антиоксидантной защиты -супероксиддисмутаза (СОД) каталаза); воспалительные факторы — С-реактивный белок (СРБ), гомоцистеин, ФНО, фибриноген; маркеры эндотелиальной дисфункции — нитриты, эндотелин-1.

Результаты: Во 2-й группе больных выявлено достоверное повышение показателей СПВ — R–ABI, L-ABI, R–PVW (p=0,018; p=0,024; p=0,047, соответственно); показателей липидного профиля — ОХС, ЛПВП, ТГ (p=0,05; p=0,038; p=0,029, соответственно); маркеров воспалительной реакции СРБ (p=0,024); зарегистрирована тенденция к повышению уровня эндотелиина-1. Методом корреляционного анализа в 1 группе определены отрицательные взаимосвязи показателей СПВ с параметрами воспаления и ПОЛ: CAVI с нитритами; PWV-R с гомоцистеином и МДА; R-AI с ФНО и положительные — R-AI и R-ABI фибриногеном. Во 2 группе выявлены отрицательные взаимосвязи показателей CAVI с эндотелином-1; ABI-L с ФНО и положительные R-AI с фибриногеном и МДА. Во 2 группе у больных со 2 и 3 степенью ожирения методом регрессионного анализа выявлена прямая зависимость CAVI с МДА и СОД (r=0,525; p=0,003 и p=0,047, соответственно); ABI-R с ЛПВП (r=0,57; p=0,041). У пациентов со 2 и 3 степенью повышения АД зарегистрированы положительные взаимосвязи CAVI с ЛПНП и уровнем нитритов (r=0,28; p=0,015 и p=0,007, соответственно) и обратная зависимость CAVI с уровнем ОХС (r=0,28; p=0,029) и R-AI с уровнем СРБ (r=0,44 p=0,082).

Выводы: у пациентов АГ и метаболическими нарушениями закономерная динамика прироста показателей липидного спектра, параметров ПОЛ и воспалительных маркеров, может являться основой патогенетических механизмов нарушения эластичности сосудистой стенки.

0007

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Аганина Н.С., Бурова Н.Н.

ФГБУ «Консультативно-диагностический цент с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г.Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявление корреляции между тяжестью синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) и частотой острых сердечно-сосудистых событий у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследование включены 52 пациента с метаболическим синдромом согласно критериям ВНОК от 2007 года. В зависимости от наличия и степени тяжести СОАС пациенты разделены на две группы. В 1 группу вошли 30 пациентов с тяжелым и средне-тяжелым течением СОАС (24 муж, 6 жен, средний возраст 57,07±7,83), во 2 группу — 22 пациента с легким течением СОАС и без него (13 муж, 9 жен, средний возраст 58,41±7,61). Все пациенты обследованы по единому протоколу, включая кардиореспираторное мониторирование с использованием аппаратов Кардиотехника-04-3Р(М). Средняя длительность наблюдения составила 3 года.

Результаты. По клинической характеристике, возрасту, полу группы наблюдаемых пациентов достоверно не различались. Антропометрические данные пациентов в обеих группах были сопоставимы. Индекс массы тела у пациентов 1 группы составил 33,94±4,15 и достоверно не отличался от аналогичного показателя у пациентов 2 группы — 32,14±2,86 (p=0,09). Число пациентов в группах сравнения с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, дислипидемией значимых различий не имело. По характеру сопутствующей патологии группы были сопоставимы. Анализ анамнестических данных и проспективного наблюдения позволил установить достоверно высокую частоту сердечно-сосудистых событий у пациентов 1 группы по сравнению с аналогичной частотой у пациентов 2 группы (соответственно 33,3% и 9,1% пациентов; p=0,04). Цереброваскулярные события (острое нарушение мозгового кровообращения, транзиторная ишемическая атака) прослежены у 16,7% пациентов 1 группы и не были зарегистрированы среди пациентов 2 группы (p=0,04). Частота инфаркта миокарда и реваскуляризации коронарных артерий среди пациентов 1 группы была выше, чем у пациентов 2 группы, однако различия не достигали статистической значимости (16,7% и 9,1% соответственно; p=0,43).

Выводы. У пациентов с метаболическим синдромом тяжелое и средне-тяжелое течение синдрома обструктивного апноэ сна сопряжено с высокой частотой кардиоваскулярных событий.

0008

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С АГ

Агеенкова О.А., Пурыгина М.А., Зиновьева О.В., Парфёненкова И.В., Романова Е.В., Лешкевич А.С.

ГБОУ ВПО СГМА Министерства здравоохранения РФ, Смоленск. ОГБУЗ СОКБ, Смоленск. ФГУ 1409 ВМКГ БФ, Калининград

Цель исследования: изучить структурно — функциональные изменения миокарда ЛЖ и динамику показателей жесткости сосудистой стенки у больных ИБС с АГ.

Материалы и методы: обследовано 403 пациента (293 мужчин и 110 женщин) ИБС (СН II-III ФК, ПИКС) с АГ (II-III степени), средний возраст — 56,1±7,2 лет. В группы сравнения включены: 294 пациента АГ без ИБС (89 мужчин и 205 женщин), средний возраст 52,9±6,9 лет и 37 пациентов ИБС без АГ (27 мужчин и 10 женщин), средний возраст 56,3±8,5. Контрольную группу составили 88 пациентов без клинических признаков АГ и ИБС, средний возраст 53,5±7,0. Проводили оценку показателей СМАД (BPLab ООО «Петр Телегин»), объемной сфигмографии (VaSera-1000, Япония), внутрисердечной гемодинамики ЭХОКГ («Sonos–2500», Hewlett Packard, США). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. В группах пациентов АГ (без ИБС и в сочетании с ИБС) отмечены достоверно (p<0,05) более высокие среднесуточные, дневные и ночные показатели САД, ДАД, ИВ САД, ИВ ДАД, ВР САД, ВР ДАД, ПАД. Патологические профили АД, среди которых преобладает отсутствие ночного снижения АД («Non-dipper»), зарегистрированы у 50,4% пациентов АГ в сочетании с ИБС и 52% в группе АГ без ИБС. Показатели жесткости сосудистой стенки у больных ИБС и АГ были достоверно выше по сравнению с пациентами контрольной группы: R-CAVI на 12,3%, L-CAVI на 8,5%, а R-kCAVI на 19,6%. У больных ИБС без АГ, по сравнению с контрольной группой, выявлены достоверно более высокие показатели, отражающие жесткость сосудистой стенки, хотя по уровню АД группы не отличались. Достоверных различий между группами пациентов АГ без ИБС и ИБС без АГ не смотря на увеличение показателей жесткости сосудистой стенки и скорости распространения пульсовой волны в обеих группах не выявлено. Анализ показателей внутрисердечной гемодинамики показал преобладание нормальной геометрией ЛЖ (68,2%) у пациентов контрольной группы, в то время как в группе пациентов АГ нормальная геометрия ЛЖ выявлена у 6,6 % пациентов. Преобладающим типом нарушения геометрии ЛЖ у больных АГ без ИБС была концентрическая гипертрофия ЛЖ, у больных ИБС без АГ — эксцентрическая гипертрофия ЛЖ — в 74,2% случаев. Пациенты АГ и ИБС имели достоверно более высокие

линейные и объемные показатели ЛЖ, толщину МЖП и ИММ, более низкую ФВ. Таким образом, показатели внутрисердечной гемодинамики у больных АГ в сочетании с ИБС имели черты как концентрической, так и эксцентрической гипертрофии ЛЖ.

Заключение больные с сочетанной патологией имели более выраженные структурно-функциональные изменения ЛЖ и показатели жесткости сосудистой стенки. Однако увеличение показателей жесткости сосудистой стенки в группе ИБС без АГ свидетельствуют о том, что факторы, влияющие на жесткость сосудистой стенки, способны влиять и на развитие атеросклероза.

0009

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Адонина Е.В., Тюрина И.А., Гарькина С.В., Кастригина Г.Н., Ксенофонтова Л.В., Лебедева Л.В., Свердлова Б.И., Дупляков Д.В., Осадчий И.А.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) является редким и недостаточно изученным заболеванием с неблагоприятным, зачастую фатальным прогнозом. Пациентки с врожденными пороками сердца, сопровождающимися формированием ЛАГ, наиболее подвержены тяжелым осложнениям во время беременности и родов.

Представлено наблюдение за 24-летней женщиной с легочной гипертензией, доставленной в стационар на сроке 34 недель беременности с жалобами на выраженную одышку в покое и при минимальной нагрузке. Ранее пациентка перенесла операцию закрытия незаращенного артериального протока (в возрасте 13 и 18 лет после реканализации). Первая беременность в возрасте 20 лет закончилась благоприятно, ребенок здоров. Настоящая беременность вторая, с первых недель отмечалась усталость и одышка с повышением давления в легочной артерии (ЛА) до 60 мм рт ст, но больная отказалась от медицинского наблюдения и была госпитализирована только при выраженной декомпенсации состояния — при поступлении давление в ЛА составляло 125 мм рт ст. Было проведено немедленное оперативное родоразрешение с рождением живого ребенка. Пациентка на третьи сутки покинула стационар, отказавшись от дальнейшего продолжения лечения, однако была повторно госпитализирована в связи с резким ухудшением. При осмотре выраженный акроцианоз, тахикардия, одышка с ЧДД 40 в мин, уровень сатурации SpO2 60%, критическая легочная гипертензия (систолическое давление в ЛА 175 мм рт ст). На ЭхоКГ выявлен дефект межпредсердной перегородки 8 мм с двунаправленным сбросом крови без признаков реканализации ОАП. Проведено лечение: респираторная поддержка, силденафил, амлодипин, спиронолактон, фондапаринукс. После стабилизации состояния пациентка экстубирована, сатурация SpO2 увеличилась до 91%, систолический градиент на трикуспидальном клапане снизился до 132 мм рт ст. При проведении КТ-ангиографии легочной артерии данных за тромбоэмболию не получено. Пациентка выписана из стационара на 25 день в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить патогенетическую терапию.

Таким образом, современные методы терапии позволяют продлить жизнь и добиться улучшения состояния у пациентов с легочной гипертензией. Тем не менее, они требуют тщательного мониторинга и постоянного наблюдения в связи с неблагоприятным прогнозом и высоким риском развития осложнений.

0010

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СЕТИ МИОКАРДА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ

Азизов В.А., Мурадова С.Р., Эфендиева Л.Г.

Азербайджанский Медицинский Университет. Баку, Азербайджан

Цель исследования. Изучение морфологических изменений сосудистой сети миокарда под влиянием кардиотоксического действия антрациклиновых антибиотиков.

Материал и методы. Эксперименты выполнены на 30-ти крысах обоего пола массой 250-350 г в 3-х сериях. Хроническое кардиотоксическое действие доксорубицина изучалось на 30 крысах-самцах линии Вистар массой 200-250 г, которым цитостатик вводился 2 раза в неделю в дозе 2 мг/кг. Животные умертвлялись по

10 особей под уретановым наркозом (1,6 г/кг) через 2, 4 и 6 недель при достижении суммарной дозы антрациклина 8, 16 и 24 мг/кг (1-я, 2-я и 3-я группы, соответственно). Для решения поставленных задач в работе, развитие и течение изменений сосудистой сети миокарда изучался гистологическими, гистохимическими и статистическими методами исследования.

Результаты и обсуждения. Как показали результаты данной работы, в сосудистой сети миокарда крыс 1-й, 2-й и 3-й групп отмечались существенные нарушения. Выраженность выявленных венозного и капиллярного полнокровия, спазма артерий, утолщения их эндотелия, периваскулярного отека и воспалительной инфильтрации нарастали по мере увеличения кумулятивной дозы препарата. Утолщенный эндотелий неспособен реагировать на напряжение сдвига на своей поверхности и регулировать синтез оксида азота. Поскольку в физиологических условиях эндотелий сосудов обеспечивает поддержание баланса между сосудорасширяющими и сосудосуживающими факторами, непосредственное токсическое влияние антрациклинов на эндотелиальные клетки могло вызвать нарушение равновесия этих механизмов в сторону усиления вторых. Структурные изменения эндотелиоцитов могли послужить благоприятной почвой для нарушения вазорегулирующей функции эндотелия и его неадекватной реакции на ускорение кровотока в случае возникновения у больного тахикардии.

Выводы. Таким образом, морфологические изменения интимы сосудов при воздействии антибиотиков антрациклинового ряда могли явиться причиной недостаточности NO-синтезирующей функции и, вероятно, привести к ишемии сердечной мышцы в условиях повышенной потребности в кислороде.

0011

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИИ МИОКАРДА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ДОКСОРУБИЦИНА

Азизов В.А., Мурадова С.Р., Садыгова Т.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель работы: изучить морфологические изменения, возникающие в миокарде экспериментальных животных при хроническом воздействии доксорубицин.

Материал и методы исследования. Хроническое кардиотоксическое действие доксорубицина изучалось на 30 крысах-самцах линии Вистар массой 200-250 г, которым цитостатик вводился 2 раза в неделю в дозе 2 мг/кг. Животные умертвлялись по 10 особей под уретановым наркозом (1,6 г/кг) через 2, 4 и 6 недель при достижении суммарной дозы антрациклина 8, 16 и 24 мг/кг (1-я, 2-я и 3-я группы, соответственно).

Результаты и их обсуждение. При кумулятивной дозе доксорубицина 8 мг/кг (1-я группа животных) в препаратах миокарда левого и правого желудочков обнаруживались дистрофические изменения кардиомиоцитов (преимущественно, вакуольная дистрофия). Мышечные клетки имели неравномерную окраску, многие из них были лишены поперечной исчерченности. Отмечалось умеренное венозное полнокровие, спазм интрамуральных артерий среднего и мелкого калибра, их плазматическое пропитывание.

В препаратах сердец крыс 2-й группы, получивших суммарную дозу антрациклина 16 мг/кг в течение 4-х недель, отмечались тяжелая дистрофия кардиомиоцитов, фрагментация и глыбчатый распад единичных клеток. Поперечная исчерченность не обнаруживалась. Отдельные пучки мышечных волокон левого и правого желудочков были извиты и истончены, начинали замещаться соединительной тканью с элементами созревания в рубцовую. Наблюдался выраженный межмышечный отек. Регистрировалось выраженное венозное и капиллярное полнокровие с разрывом некоторых сосудов.

В сердцах крыс 3-й группы, имеющих наибольшую кумулятивную дозу цитостатика (24 мг/кг в течение 6 недель), наблюдалось тяжелое повреждение мышечных клеток от дистрофии до некроза. Во многих клетках обнаруживались литические процессы (миоцитолиз) и глыбчатый распад. Обширные поля истонченных и извитых мышечных волокон замещались соединительной тканью, формирую большие пространства без кардиомиоцитов (крупноочаговый кардиосклероз). Создавалось впечатление гибели сократительного миокарда, как при его инфаркте. Регистрировалось редчайшее венозное полнокровие с разрывом мелких вен и венул. Практически во всех артериях среднего и мелкого калибра определялся спазм, плазматическое пропитывание стенки, склероз адвентиция с крупными периваскулярными нолями соединительной ткани.

Выводы. Таким образом, морфологические сдвиги, развивающиеся в миокарде крыс при воздействии антибиотика антрациклинового ряда доксорубицина, зависели от кумулятивной дозы препарата. Выражен-

ность гистопатологических изменений, возникающих при хроническом влиянии доксорубицина, нарастала по мере увеличения кумулятивной дозы антрациклина и варьировала от умеренных до тяжелых. При этом степень повреждения кардиомиоцитов находилась в широких пределах — от дистрофии отдельных клеток до обширных полей некроза с замещением грубой соединительной тканью.

0012

ОСОБЕННОСТИ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

В.А.Азизов, М.Дж. Султанова, Дж.З.Гамишаев

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель. Изучить характерную рентген-ангиографическую семиотику поражений коронарных сосудов при ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин различных возрастных групп.

Материал и методы. Коронарная ангиография была проведена на аппарате “TOSHIBA INFINIX-300” (Япония). Результаты коронарной ангиографии оценены по количеству и локализации поврежденных артерий и по тяжести обструкции.

Результаты. Проанализированы результаты данные ангиографии у 60 пациентов (50% мужчин и 50% женщин) с первичным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС). Больные были разделены на 2 группы: I группу составили 28 (46,7%) больных ИБС в возрасте 38-40 лет, во II группу вошли 32(53,3%) больных в возрасте старше 42 лет. Критериями включения в исследование было наличие стабильной стенокардии II–III функционального класса, а так же сосудистых факторов риска (злостные курильщики) — у 11 (18,3%) больных; отягощенным семейным анамнезом ИБС — у 12 (20%); артериальной гипертензией — у 9 (15%); сахарным диабетом типа 2 у 4 (6,7%). Дислипидемия выявлена у 8 (13,3%) больных.

При коронарографии выявлено, что среди больных I группы повреждения коронарных артерий носят болеее тяжелый характер у женщин. Так, у 24(80%) больных этой группы выявлено однососудистое поражение коронарных артерий (из них 8(33,3%) мужчин и 16 (66.7%) женщин, у 25 (83,3%) больных замедленный кровоток “slow flow” (из них 9(36%) мужчин и 16(64%) женщин).

А у больных II группы не выявлено существенное различие повреждения коронарных артерий между мужчин и женщин. Так у 18 (56,2%) больных этой группы выявлено многососудистое поражение коронарных артерий (из них 10 (55,6%) мужчин и 8 (44,6%) женщин, у 13 (43,3%) больных замедленный кровоток “slow flow” (из них 6(46%) мужчин и 7(54%) женщин).

В сравнении у больных II группы с больными I группы, коронарные изменения в основном локализовывались в правой коронарной артерии и в проксимальных отделах левой нисходящей артерии.

Выводы. Результаты коронарной ангиографии у больных ИБС различных возрастных групп показывают, изменения коронарных сосудов существенно отличаются у женщин в пременопаузе. У пациенток в этом периоде в большинстве случаях выявляется однососудистое поражение коронарных артерий, замедленный кровоток и специфичная картина локализации.

0013

СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ

Акимова Е.В., Каюмов Р.Х.

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

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось определение распространенности различных кластеров метаболического синдрома (МС) по критериям ВНОК (2009) в открытой мужской популяции 25-64 лет.

В рамках кросс-секционного исследования из избирательных списков граждан одного из администра-

тивных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола 25 — 64 лет в количестве 1000 человек. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,2% — 852 участника. Для анализа использованы критерии метаболического синдрома по классификации ВНОК (2009).

В тюменской популяции у мужчин 25-64 лет три компонента МС по критериям ВНОК определены в 28,8% случаев, четыре компонента МС — в 12,3% случаев, пять компонентов — в 0,4% случаев. Наиболее частыми вариантами сочетания трех компонентов МС по критериям ВНОК явились следующие: артериальная гипертония (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) и гиперХС ЛПНП (22,5%), АГ с АО и гипергликемией (11,3%), АО с гипергликемией и гиперХС ЛПНП (7,5%), АГ с АО и гипертриглицеридемией (ГТГ) (6,0%). Кластер АО+гиперХС ЛПНП+АГ — 22,5%, в тюменской популяции встречался существенно чаще, чем все прочие сочетания трех компонентов МС по критериям ВНОК. Доля АО+АГ+гиперГЛ в структуре МС по критериям ВНОК была достоверно меньше, чем доля АО+гиперХС ЛПНП+АГ (22,5% — 11,3%, p<0,001), и в то же время, достоверно больше, чем распространенность прочих вариантов МС по трем компонентам. По четырем компонентам МС, согласно критериям ВНОК, в тюменской популяции превалировали следующие варианты: АГ с абдоминальным ожирением, гиперХС ЛПНП и гипергликемией (7,5%), АГ с абдоминальным ожирением, гиперХС ЛПНП и ГТГ (4,9%). Сочетание пяти компонентов МС в мужской популяции встречалось в минимальном количестве случаев и составило не более 0,1%.

Следовательно, по критериям ВНОК (2009) наиболее частыми формами метаболического синдрома в мужской тюменской популяции 25-64 лет при сочетании трех компонентов явилась комбинация распространенности АГ, АО и гиперХС ЛПНП, при сочетании четырех компонентов МС — комбинация распространенности тех же компонентов и гипергликемии.

0014

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ

Акимова Е.В., Загородных Е.Ю., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

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

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи распространенности метаболического синдрома (МС) с депрессией (Д) и личностной тревожностью (ЛТ) у мужчин 25-44 лет г. Тюмени.

Эпидемиологическое исследование проводилось на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени, среди мужчин в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни с откликом 85,0%. Для оценки ЛТ предлагался бланк шкал самооценки Спилбергера, для оценки депрессии — бланк шкалы депрессии (тест MOPSY). Для оценки МС использованы критерии метаболического синдрома IDF (2005). Абдоминальное ожирение оценивалось по окружности талии ≥94 см для мужчин европейской расы плюс 2 из следующих критериев: содержание ТГ ≥1,7 ммоль/л, содержание ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л + гиполипидемическая терапия, АД ≥130/85 мм рт. ст. или предшествующая антигипертензивная терапия, гликемия ≥5,6 ммоль/л или наличие СД типа 2.

Стандартизованный показатель высокого уровня депрессии в мужской популяции г. Тюмени 25-64 лет составил 4,6%, высокого уровня личностной тревожности — 36,6%. У мужчин с наличием и отсутствием метаболического синдрома в тюменской популяции была выявлена тенденция к росту доли лиц с большой депрессией при наличии МС. В возрастных категориях у лиц с наличием и отсутствием МС значимые различия по распространенности высокого уровня депрессии были определены в старшей возрастной группе 55-64 лет, где доля мужчин с МС существенно превышала долю лиц без МС (8,1% — 2,8%, p<0,01). При анализе в популяции категорий лиц с наличием и отсутствием метаболического синдрома была выявлена тенденция к росту доли лиц с высоким уровнем ЛТ при наличии МС. В младших возрастных категориях (25-34 и 35-44 лет) у лиц с отсутствием МС по критериям IDF высокий уровень ЛТ выявлялся чаще, чем у лиц с наличием МС (соответственно, 2,0% — 6,8%, p<0,05; 3,4% — 10,3%, p<0,01). Вместе с тем, в старшей возрастной категории 55-64 лет высокий уровень ЛТ, напротив, достоверно чаще был выявлен у лиц с наличием МС сравнительно с группой мужчин без МС (23,0% — 10,3%, p<0,001).

Таким образом, в открытой мужской популяции г. Тюмени при наличии метаболического синдрома в молодом возрасте снижается высокий уровень личностной тревожности, в старшем возрасте — повышаются высокие уровни личностной тревожности и депрессии.

0015

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Акимов А.М., Каюмова М.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

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

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось определение отношения населения к своему здоровью при разных уровнях образования.

Исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на мужской неорганизованной популяции 25-64 лет г. Тюмени. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 %. Анкета «Знание и отношение к своему здоровью» включала 33 вопроса по отношению к своему здоровью и профилактике и была предложена респондентам на самозаполнение. Вопросы анкеты сопровождались перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

В зависимости от уровня образования у мужчин 25-64 лет г. Тюмени не отмечалось существенных различий в отношении к своему здоровью на рабочем месте, а также в вопросах полезности профилактической проверки своего здоровья. Вместе с тем, в ситуации «Если Вы гриппуете или температурите, что Вы предпринимаете?» наиболее адекватно реагировала категория лиц с высшим уровнем образования. Так, ответ «Остаюсь дома и делаю все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу» достоверно чаще дали мужчины с высшим образованием, сравнительно с группой мужчин среднего уровня образовании (51,9% — 41,0%, $p<0,01$), в то время как в категории мужчин с начальным образованием таких ответов не отмечалось. Мужчины с начальным уровнем образования на поставленный вопрос дали две категории ответов: «Работаю как обычно» либо «Остаюсь дома до тех пор, пока не почувствую себя лучше», причем в последнем случае частота ответа имела место достоверные различия с частотой аналогичных высказываний в группах лиц среднего и высшего образования (соответственно, 50,0% — 22,5%, $p<0,01$; 50% — 16,5%, $p<0,05$). Мужчины со средним уровнем образования достоверно чаще, сравнительно с лицами с высшим образованием, выступали с категорией ответов «Остаюсь дома до тех пор, пока не почувствую себя лучше» (22,5% — 16,5%, $p<0,05$).

Проведенное исследование показало, что, несмотря на сложности социально-экономических преобразований в современном обществе, население в целом понимает преимущества профилактического подхода к своему здоровью, причем большая ответственность за свое здоровье прослеживается у мужчин с высшим уровнем образования.

0016

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Аккиев Б.Т., Курбанов Р.Д., Абдуллаев Т.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между морфофункциональными изменениями миокарда и

вариабельностью ритма сердца у больных с Q-волновым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Нами было обследовано 84 пациента мужского пола с острым Q-волновым инфарктом миокарда, в возрасте 52,54±8,6 лет. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ. Всем больным на фоне проводимой стандартной терапии (β-блокаторы, антиагреганты, антиаритмики, антагонисты альдостерона, иАПФ, антоганисты кальция, нитраты, статины), на 10-14 сутки ОИМ проводилось ЭхоКГ на аппарате «Sonoline Versa Pro» (Siemens, Германия); оценка параметров проводилась соответственно рекомендациям Общества Специалистов по Сердечной Недостаточности (ОССН) 2010г. Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ проводилось с помощью аппарата "Cardio Sens+"(ХАИ-МЕДИКА, Украина) с определением ВРС. Интерпретация данных ВРС проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996г). По исходным результатам ЭхоКГ больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 23 (27,3%) больных с явной систолической дисфункцией, величина ФВЛЖ≤45% . Остальные 61 (72,7%) пациента составили во 2-ю группу — с сохранной функцией ЛЖ — величина ФВЛЖ›45%.

Результаты. При изучении демографических данных больные сравниваемых групп не имели достоверных различий в возрасте (53,74±8,7 лет и 51,34±8,6 лет) (p›0,05). ГБ в анамнезе имели 14 (60,8%) и 41 (67,2%) больных I и II группы соответственно (χ^2=0,08; P=0,7), СД 2 типа выявлен у 5 (21,7%) и 11 (18%) больных соответственно I и II группам (χ^2=0,006; P=0,9). В I группе больных по данным ЭКГ и ЭхоКС чаще регистрировалась передняя локализация ИМ (χ^2=1.68; P=0.19), а в II группе соответственно нижняя локализация (χ^2=1,68; P=0.19) но различия не достоверны.

Необходимо отметить, что в группе больных с явной систолической дисфункцией на 10 — 14 сутки острого ИМ достоверно чаще наблюдалось развитие ОСН (χ^2=13.6; p=0.000) и раннее ремоделирование ЛЖ (χ^2=5,48; p=0.02). Кроме этого, в биохимическом анализе уровня СРБ, нами выявлен его достоверно высокий уровень в I группе, чем во II (8,4±1,1 мг/л, и 5,6±0,7 мг/л, соответственно I и II группам, p‹0,05). При анализе показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) также выявились достоверные различия между уровнями в сравниваемых группах. Так, средний уровень SDNN составил в I группе 91,57±32,7мс и 107,7±28,8 мс соответственно I и II группам (p‹0,05), SDANN в I группе составил 80,5±27 мс, во II группе 96,8±25,8 мс (p‹0,05). Анализ частотных показателей: HF мощность в диапазоне высоких частот составила соответственно в I и II группе 154,3±18,9 и 197,4±16,7 мс^2 (p‹0,05). Показатель, LF/HF косвенно характеризующий баланс между симпатической и парасимпатической системами 2,82±0,9 и 2,6±1,2 соответственно I и II группам (p›0,05).

Заключение. К концу стационарного периода острого Q-волнового инфаркта миокарда более чем у ¼ больных развивается явная систолическая дисфункция ЛЖ. У больных с явной систолической дисфункцией ЛЖ достоверно чаще наблюдалось развитие ОСН, раннее ремоделирование ЛЖ и в биохимических анализах уровень СРБ был достоверно выше. У больных с явной систолической дисфункцией достоверно чаще наблюдалась низкая вариабельность ритма сердца.

0017

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Акрамова Э.Г. ГАУЗ ЦГКБ №18. г. Казань

Цель исследования: оценить ультразвуковые показатели сердца больных ХОБЛ в сочетание с анемией легкой степени.

Материалы и методы: обследованы 150 больных ХОБЛ (43 женщины и 107 мужчин в возрасте 39-77 лет: 33 с ХОБЛ; 73 с ХОБЛ+ИБС и 44 с ХОБЛ+АГ) и 33 практически здоровых лица (20 женщин и 13 мужчин, 35-65 лет). Тяжесть ХОБЛ соответствовала II-IV стадии (GOLD, 2011); ИБС — стенокардии напряжения II-III функционального класса; АГ — I-II стадии 1-3 степени (ВНОК, 2009). Согласно критериям ВОЗ анемию диагностировали при уровне гемоглобина менее 130г/л у мужчин и 120г/л у женщин. Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппарате HD 11XE (Philips, USA).

Результаты: Из 150 больных ХОБЛ анемия верифицирована в 16,7% случаев. Самую большую долю лиц с анемией выявили в группе ХОБЛ (27,2%), несколько меньше — при ХОБЛ+ИБС (16,4%) и минимальную — при ХОБЛ+АГ (9,1%) — p‹0,05. Диагностированная анемия соответствовала легкой степени: 95%-й ДИ уровня гемоглобина составил 111,4/117,6г/л; медиана — 116г/л; гематокрит — 34,0/37,9% и 36,1% соответственно.

Среднеарифметические значения традиционных ультразвуковых показателей состояния левого и право-

го желудочков (фракция выброса, толщина стенок, конечно-диастолический и конечно-систолический объемы и размеры) между подгруппами больных ХОБЛ с анемией и без нее не различались.

Анализ параметров функции сердца в импульсноволновом режиме тканевого допплера обнаружил ряд различий. В группе с кардиореспираторной патологией диастолическая дисфункция левого и правого желудочков (псевдонормального и I типов) наблюдалась с одинаковой частотой, независимо от наличия анемии — у 91,7-100% больных. В группе ХОБЛ диастолическая дисфункция правого желудочка определялась у 95,8-100% больных; диастолическая дисфункция левого желудочка при анемии — у всех обследованных, тогда как среди лиц без анемии — у 75,0% ($p<0,05$).

Снижение систолических пиков движения фиброзных колец атриовентрикулярных клапанов — считают более чувствительным маркером систолической дисфункции желудочков, чем традиционное определение фракции выброса. В группе с кардиореспираторной патологией продольная систолическая дисфункция левого желудочка при наличии анемии встречалась у 75,0% лиц; при нормальном уровне гемоглобина при ХОБЛ+АГ существенно реже — в 25,0% случаев ($p<0,05$); при ХОБЛ+ИБС оставалась на прежнем уровне — 62,2%.

Между подгруппами с и без анемии значимых различий в доле пациентов с систолической дисфункцией правого желудочка (по систолическому пику движения фиброзного кольца трикуспидального клапана) нами не выявлено.

Заключение: При анемии легкой степени у больных изолированной ХОБЛ учащается диастолическая дисфункция левого желудочка, ХОБЛ+АГ — продольная систолическая дисфункция левого желудочка.

0018

ДВОЙНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Акулова О.А.

ТюмГМА, Тюмень, Россия

Цель. Оценить уровень и динамику заболеваемости острым инфарктом миокарда в Курганской области за период с 1996 по 2011 год.

Методы исследования. Сбор, группировка и сводка информации о каждом случае первичного инфаркта миокарда (ИМ), нигде ранее не учтенного и впервые в учетном году выявленного, проводилась в рамках областного Регистра инфаркта миокарда, созданного на базе ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер». Расчет показателей заболеваемости проводился с учетом данных Областного Бюро статистики о численности и составе населения области за период с 1996 по 2011 годы. Полученный материал обработан при помощи программного пакета BIOSTAT. Оценка статистической значимости различий проводилась с помощью критерия Стьюдента (t), достоверными считались различия при $p<0,01$. Расчет стандартизованных показателей заболеваемости проводился методом прямой стандартизации вручную, за стандарт принят половозрастной состав городского населения области, первого года исследования (1996 год).

Полученные результаты. За анализируемый период в области было зарегистрировано всего 21686 случаев первичного ИМ. Пик общей заболеваемости ИМ в регионе пришелся на 2009 год и составил 1,55 на 1000 населения. Распространенность ИМ в среднем составляет 1,68 на 1000 мужчин и 0,90 на 1000 женщин. Максимальный уровень заболеваемости зафиксирован у городских мужчин в возрастной группе «от 60 и более» лет в 2003 году и составил 9,06 на 1000 всего населения. Отмечен медленный рост нестандартизованных показателей заболеваемости с уровня 1,18 до 1,51 на 1000 всего населения. Одновременно с этим, произошли изменения не только в численности населения региона (снижение на 17%), но и в половозрастной структуре. Так, самую малочисленную группу в 1999 году составили сельские мужчины в возрасте 50-59 лет, а в 2011 году- городские мужчины в возрасте 40-49 лет. Это, и ряд других факторов (уменьшение доли сельского населения на 5%, увеличение доли лиц старших возрастных групп с 27,7% в 1996 году до 37% в 2011 году) послужили толчком для расчета стандартизованных показателей, позволяющих снизить ошибку и повысить степень достоверности показателей заболеваемости. После проведения расчетов методом прямой стандартизации было установлено, что объективно, уровень заболеваемости ИМ в регионе характеризуется относительной устойчивостью без тенденции к росту. Минимальный уровень заболеваемости — 1,17 на 1000 всего населения был в 1998, максимальный уровень — 1,34 — регистрировался дважды: в 2004 и 2009 годах, в 2011 году возвращение показателей заболеваемости к уровню 1999 года (1,27 на 1000 всего населения).

Медиана заболеваемости составила 1,27 человек на 1000 населения (Me±m=1,27±0,52). Различия в уровнях заболеваемости в разные годы статистически недостоверны (p<0,1).

Выводы. На протяжении последних 16 лет, уровень заболеваемости первичным инфарктом миокарда в области характеризуется как «стабильный, без тенденции к росту». Во избежание ошибок, при проведении анализа динамики заболеваемости в популяции, необходимо использовать метод стандартизации.

0019

ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Алексеева М.А., Миролюбова О.А., Антонов А.Б., Моногарова Ю.Ю.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск

Цель. Оценить динамику функции почек и систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после операции АКШ на работающем сердце в сравнении с сопоставимой группой пациентов, но без инфаркта миокарда в анамнезе.

Методы исследования. Методом сплошной выборки в исследование включены 111 больных ишемической болезнью сердца 80 (72,1%) мужчин и 31 (27,9%) женщина, которым выполнено АКШ без искусственного кровообращения (ИК). Больные были разделены на 2 группы по признаку перенесенного в прошлом инфаркта миокарда: группа 1 с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) — 73 пациента и группа 2 без ПИКС — 38 больных. Группы не различались по возрасту (60,3±8,3 года в группе 1 против 59,3±7,7 года в группе 2, p=0,533), полу (женщины составили 26% в группе 1 и 31,6% — в группе 2, p=0,656), частоте сахарного диабета (16,4% с диабетом в группе 1 и 31,6% — в группе 2, p=0,066). По тяжести поражения коронарного русла и количеству наложенных дистальных анастомозов различий также не было: 3-4 шунта выполнено у 50 больных (68,5%) в группе с ПИКС и у 23 (60,5%) — в группе без ПИКС (p=0,678). Определены уровни сывороточного креатинина (сКр.) до операции, через 24, 48 и 72 часа — после операции, СКФ по формуле MDRD в этих временных точках, частота острого повреждения почек (ОПП) по классификации «RIFLE». Оценена исходная систолическая функция ЛЖ по фракции изгнания (ФИ, в %) методом эхокардиографии и повторно через 7 суток после АКШ без ИК.

Результаты. Уровень сКр до операции был значимо выше в группе 1 по сравнению с группой 2 (88,7±3,2 против 78,6±3,3 мкмоль/л, p=0,048).Через 48 часов после операции различие исчезло (88,3±3,0 против 86,8±3,5 мкмоль/л, p=0,757). ОПП имело место у 5 пациентов с ПИКС (4 случая — стадия «риск» и 1 — стадия «повреждение»), что составило 6,8%. В группе без ПИКС частота ОПП составила 13,2% и выявлена также у 5 пациентов (4 случая стадия «риск» и 1 — стадия «повреждение»). Значимых различий в частоте и тяжести ОПП между группами не было, p=0,545. Частота случаев ФИ ЛЖ ‹ 40% была выше в группе с ПИКС (9,6% против 5,3%, p=0,716). Выявлено значимое различие в исходной ФИ ЛЖ, которая была ниже в группе с ПИКС (54,8±1,1% против 60,1±1,5% в группе 2, p=0,006). Однако уже через 7 дней после реваскуляризации миокарда произошло значимое улучшение сократительной функции ЛЖ у пациентов с ПИКС: ФИ составила 54,8±1,1% до операции, 59,6±1,2% — после. Различие 4,8% (95%ДИ 2,4 — 7,2%), p<0,001. Тогда как в группе без ПИКС значимых изменений ФИ ЛЖ не наблюдалось. 60,1±1,5% до операции, 61,0±1,3% — после АКШ, p=591.

Выводы. Имеется благоприятная динамика восстановления сократительной способности миокарда в раннем послеоперационном периоде после АКШ на работающем сердце у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, что отражает наличие у них гибернирующего (жизнеспособного) миокарда до реваскуляризации миокарда. ОПП наблюдалось только у 6,8% пациентов с ПИКС.

0020

ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ВЫЗОВА «СКОРОЙ ПОМОЩИ» ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Алексеев И.А., Давыдов Е.Л.; ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия

Цель: Оценить причины отказа от вызова бригады «Скорой помощи» при высоком артериальном давлении (АД)

Материалы и методы: Обследовано 426 больных АГ II — III стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) Группу сравнения составили 108 больных (45-59 лет). Больные заполняли специально разработанный опросник.

Результаты: 26,7% — 50,0% пациентов АГ всех возрастных и гендерных групп не вызывают бригаду «Скорой помощи» при высоком АД. Достоверно чаще не вызывают «Скорую помощь» мужчины группы сравнения (50,0%) и пожилого возраста (49,4%), по сравнению с мужчинами старческого возраста (26,7%% p=0,024 и p=0,014 соответственно).

Основными причинами были указаны такие факторы, как: долгое ожидание медицинской помощи — 4,7%-23,9% — с такой проблемой достоверно чаще сталкиваются мужчины группы сравнения (20,8%) и женщины пожилого возраста (23,9%), чем пожилые мужчины (4,7%, p=0,038 и p=0,008 соответственно); отсутствие адекватной медицинской помощи служит причиной в 12,5%-22,4% случаев, при этом женщины старческого возраста, не указали данный вариант ответа, что достоверно реже, в сравнении с женщинами пожилого возраста (22,4%, p=0,004) и группы сравнения (12,5%, p=0,042) и мужчинами своего возраста (14,3%, p=0,030). Реже среди причин отказа от вызова респонденты называли такие причины, как: нетактичность и грубость медицинского персонала — 2,3%-19,4% (мужчины старческого возраста и группы сравнения не указали данный вариант ответа), при этом женщины старческого возраста достоверно чаще (19,4%) указали эту причину, в сравнении с мужчинами своего возраста (p=0,032); низкая квалификация персонала — 2,3%-4,8% (мужчины группы сравнения не указали данный вариант ответа). Большинство пациентов назвало все вышеперечисленные факторы, как причину отказа от вызова «Скорой помощи» при необходимости — 37,3%-60,5%, при этом на совокупность факторов указали достоверно чаще мужчины пожилого возраста (60,5%) по сравнению с женщинами своего возраста (37,3%, p=0.018). Другие причины (оказание помощи родственниками, знакомыми медицинскими работниками, самостоятельные попытки справиться с декомпенсацией АГ, боязнь госпитализации, невозможность госпитализации из-за тяжести состояния совместно проживающих супруга/супруги и отсутствие адекватного ухода со стороны детей/внуков) отметили 12,9%-23,8% респондентов.

Выводы: Удельный вес пациентов, которые не вызывают бригаду «Скорой помощи» при высоком АД из-за долгого ожидания и отсутствия адекватной медицинской помощи остается высоким. Основной причиной является фактор долгого ожидания медицинской помощи.

0021

ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО КОНТРОЛЯ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Алескерова Н.Г.

Центральная городская клиническая больница, Новый Уренгой

Цель. Изучить антигипертензивную терапию (АГТ), назначаемую на амбулаторно-поликлиническом этапе у больных гипертонической болезнью (ГБ), проживающих в условиях Крайнего Севера.

Методы исследования. Обследовано 132 больных с ГБ в возрасте от 24 до 60 лет, проживающих в условиях Крайнего Севера не менее 10 лет, обратившихся в приемное отделение ЦГБ г. Новый Уренгой по поводу повышения артериального давления (АД). Возраст составил 46,1±10,8 лет, доля мужчин — 63,6% и женщин 36,4%. Возраст в группе мужчин колебался от 24 до 59 лет и составил в среднем 44,5±12,1 года, возраст женщин составил 49±7,9 лет, что статистически значимо выше аналогичного параметра группы мужчин (p<0,05).

Полученные результаты. Количество больных получающих АГТ соответствовало значению 66,7%, составляя в группе мужчин — 65,5%и в группе женщин — 68,8%. Подробный анализ анамнестических данных показал еще более удручающие результаты, так прием АГТ на регулярной основе отмечали только 24,3% больных, тогда как 42,4% отмечали нерегулярное использование лекарственных средств. Сравнительный анализ гендерных особенностей по данному параметру показал, что число женщин регулярно принимавших АГТ в 1,5 раза выше (p<0,05) и составляет 33,3%, против 19% в группе мужчин. Периодический прием препаратов отмечали 35,4% и 46,4% больных соответственно.

Наиболее часто используемыми препаратами являлись ингибиторы АПФ, которые применяли 77,3% всех пациентов использующих АГТ (включая периодический прием препаратов), в том числе 78,2% мужчин и 75,8% женщин. Далее, в порядке убывания, следуют β-адреноблокаторы (БАБ), частота использования которых составила 19,3%, при этом в группе мужчин только 14,5% больных использовали данные препараты,

тогда как в группе женщин количество таких больных было в 2 раза выше (p<0,05) и составило 27,2%. Антагонисты кальция (АК) получали 13,6% больных, БРА — 10,2% и диуретики — 9,1% Папазол в сочетании со спазмолгоном использовали 4,5%, на фоне этого, также 4,5% пациентов принимали адельфан.

Таким образом, установлено, что среди больных с ГБ получавших АГТ 54,5% использовали монотерапиЮИАПФ, еще 13,6% получали иАПФ в сочетании с БАБ. По 6,8% больных использовали монотерапию антагонистами Са и АК в сочетании с БРА. Ингибитор АПФ в сочетании с диуретиком получали 4,5% больных, ИАПФ в сочетании с БАБ и диуретиком также 4,5%. Монотерапия БРА отмечена у 3,4% и монотерапия БАБ у 1,1%. Комбинации лекарственных средств не относящихся к основным группам АГП использовали 4,5%.

Выводы. Несмотря на 100% осведомленность о наличии ГБ 33% больных не использовали антигипертензивные препараты, использование АГТ на регулярной основе (ежедневно) регистрировалось у 24,3% больных с ГБ.Полученные результаты, с учетом данных по степени тяжести АГ (в обследованной когорте у 78,8% пациентов регистрировалась III степень гипертензии) свидетельствуют, что одной из возможных причин недостаточного контроля АГ является высокая частота использования монотерапии АГП — 66% (более 80% у больных мужского пола).

0022

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЖИДКОСТИ В ПЕРИКАРДЕ

Алехин М.Н., Зверева Л.В.

ФГБУ «ЦКБП» УД Президента РФ, Москва

В норме перикард способствует функции скручивания левого желудочка, поэтому при утрате нормальной податливости перикарда меняется характер вращения и скручивания ЛЖ, а не продольная систолическая деформация ЛЖ. Однако, Leitman M. и соавт. (2011) сообщили не только о нарушении скручивания, но и о снижении продольной систолической деформации ЛЖ у больных с острым перикардитом.

Цель исследования. Оценить максимальную систолическую продольную деформацию миокарда ЛЖ методом автоматического функционального изображения у пациентов с незначительным количеством жидкости в перикарде, имеющих нормальные значения фракции выброса левого желудочка.

Материалы и методы. Сопоставлены значения максимальной систолической продольной деформации у 16 пациентов (4 мужчин, средний возраст 53±12 лет) с незначительным количеством жидкости в перикарде и нормальной фракцией выброса левого желудочка с контрольной группой из 18 пациентов (9 мужчин, средний возраст 46±11 лет), сопоставимой по возрасту. У всех обследованных систолическая функция ЛЖ была нормальной, и клинические признаки сердечной недостаточности отсутствовали на момент обследования. Критерием включения в основную группу явилось выявление небольшого количества жидкости в полости перикарда в виде сепарации листков перикарда до 3 мм в диастолу с наличием эхонегативного пространства при плановом эхокардиографическом обследовании у пациентов гастроэнтерологического и эндокринологического отделений не имеющих «кардиологического анамнеза».

Наряду со стандартным ЭхоКГ исследованием всем больным выполнена ЭхоКГ оценка деформации миокарда левого желудочка методом автоматического функционального изображения на УЗ сканере Vivid7 Dimension (GE Medical Systems, Horten, Norway), используя M4S (1.5-4.3 МГц) матричный датчик с помощью программного обеспечения EchoPAC® (BT 06.6.1.0, GE Vingmed; Horten, Norway), Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 for Windows.

Результаты. Сравниваемые группы пациентов были сопоставимы по структурно-функциональным показателям, отражающим размеры и объемы камер сердца, массу миокарда ЛЖ и его насосную функцию. Показатели глобальной продольной систолической деформации миокарда левого желудочка и показатели продольной деформации во всех 17 сегментах ЛЖ достоверно не различались между группами.

Заключение. У пациентов с незначительным количеством жидкости в перикарде не выявлено достоверного снижения показателей глобальной и сегментарной продольной систолической деформации миокарда левого желудочка.

0023

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФОНДАПАРИНУКСА ПРИ РАННЕМ НАЧАЛЕ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Алиева М.Г., Атаева З.Н., Ахмедова Д.А., Магомедов А.З., Каллаева А.Н.

ГБОУ ВПО «ДГМА» Махачкала

Цель: Оценка эффективности и безопасности фондапаринукса при раннем начале терапии у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в сравнении со стандартным лечением в группе больных, которым проводилась реперфузия коронарных сосудов методом тромболизиса.

Методы исследования: в исследовании приняли участие 334 пациента с инфарктом миокарда, развившимся в предыдущие 24 часа. Критериями исключения являлись противопоказания к назначению антикоагулянтов (высокий риск геморрагических осложнений). В первой группе исследовались 178 пациентов, кому в качестве антикоагулянта использовался фондопаринукс 2,5 мг/сут — сначала в/венно, затем подкожно — продолжительность приема до 8 дней; во второй группе — 156 пациентов — в качестве тромболитика использовалась стрептокиназа. Во время исследования у большинства пациентов использовались такие препараты, как аспирин, β-адреноблокаторы, ИАПФ, статины. Полученные результаты: Наиболее важным результатом стало, что частота смерти и повторных инфарктов снизилось по сравнению с контрольной группой, составив 7,8%, в то время как в контрольной группе она достигла 9,1%. Отмечалась также тенденция к снижению частоты инсультов в группе фондапаринукса. Отношение рисков составило 0,54. Преимущества терапии фондапаринуксом отмечалось по всем основным показателям(риск смерти, повторного инфаркта и серьезных кровотечений). Сделать окончательные выводы об эффективности фондапаринукса на фоне применения реперфузионной терапии избирательными тромболитиками невозможно ввиду малого количества пациентов. Выводы: актуально использование фондапаринукса у больных ОКС с подъемом сегмента ST, особенно у пациентов с заведомо высоким риском геморрагических осложнений.

0024

ОЦЕНКА АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиева Т.А., Камилова У.К.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования — изучить взаимосвязь плотности бета-адренорецепторов и аденилатциклазной активности мембран эритроцитов у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. 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) и клинической оценки признаков сердечной недостаточности по ШОКС: 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. Активность аденилатциклазы гомогенатов эритроцитов определяли по методике Solomon (1979).

Полученные результаты. Анализ полученных результатов показал, что у больных со II ФК ХСН базальная активность аденилатциклазы составил 4,15±0,14 пмоль/мг/мин против показателя группы здоровых лиц — 6,1±0,19 пмоль/мг/мин, что характеризует снижение активности аденилатциклазы в 1,5 раза по сравнению с нормой. У больных с III ФК ХСН активность аденилатциклазы составил 3,56±0,13 пмоль/мг/мин, что на 41,6% ниже по сравнению с показателем контрольной группы $P<0,01$). При сравнении с показателем больных со II ФК ХСН данный показатель был 14,2% ниже. У лиц контрольной группы при стимуляции адреналином отмечалось повышение активности аденилатциклазы в 2 раза по сравнению с ее базальным значением 11,3±0,5 против 6,1±0,19 пмоль/мг/мин($P<0,001$). Активность адреналинстимулированной аденилатциклазы у больных со II ФК ХСН был в 2 раза меньше активности контрольной группы составляя 5,5±0,19 пмоль/мг/мин против 11,3±0,5 пмоль/мг/мин. У больных с III ФК ХСН показатель адреналинстимулированной аденилатциклазы составил 3,85±0,19 пмоль/мг/мин и был на 65,9% ($P<0,001$) ниже по сравнению с контрольной группой и на

28,7% ниже по сравнению показателями II ФК ХСН.

Вывод. Таким образом, у больных ХСН наблюдается десентитизация аденилатциклазной системы, сопровождающиесяя как снижением базальной, так и адреналинстимулированной активности аденилатциклазы, которые наиболее выражены у больных с III ФК ХСН.

0025

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПО ПОВОДУ ФИБРИЛЛЯЦИИ/ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЗОНА ГОДА

Алисултанова С.А.[1], Кувшинова Л.Е.[1], Долотовская П.В.[1], Довгалевский Я.П.[1,2], Фурман Н.В.[1]

[1]ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов

[2]ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов

Цель. Проанализировать частоту госпитализаций больных фибрилляцией/трепетанием предсердий в зависимости от сезона года.

Методы. Сплошной ретроспективный анализ 308 историй болезней больных фибрилляцией/ трепетанием предсердий, последовательно госпитализированных в кардиореанимациюотделения неотложной кардиологии одной из клинических больниц города Саратова в период с 01.01.2009 по 31.12.2011.

Критерии включения:фибрилляции/трепетания предсердий, явившиеся причиной госпитализации,зафиксированные при поступлении на ЭКГ.

Критерии исключения:случаи фибрилляции/ трепетания предсердий, не явившиеся причиной обращения за медицинской помощью, возникшие на фоне острых причин (инфаркт миокарда, миокардит, тромбоэмболия легочной артерии).

Результаты.Максимальное количество госпитализаций по поводу фибрилляции/трепетания предсердий за период с 2009 по 2011 годнаблюдалоссьвесной и осенью — 87 и 81 соответственно (что составило 28,2% и 26,3% всех случаев). Меньшее количество больных было госпитализировано зимой- 77 случаев (25%), а минимальное количество госпитализаций отмечено летом — 63 случая (20,5%).

Вероятность госпитализации весной и осенью была достоверно выше, чем летом (отношение шансов (ОШ) 1,5 [95% ДИ 1,2-2,2] и 1,4 [95% ДИ 1-2] соответственно).

В зимний период отмечалась тенденция к увеличению числа госпитализаций по сравнению с летом (ОШ 1,3 [95% ДИ 0,9-1,9] и уменьшению вероятности госпитализации п сравнению с весной и осенью (ОШ0,85 [95% ДИ 0,6-1,2] и 0,9 [95% ДИ 0,7-1,3] соответственно).

Выводы.Таким образом, за исследуемый период времени (2009-2011 гг.) выявлены сезонные колебания частоты госпитализаций в кардиореанимацию по поводу фибрилляции/трепетания предсердий. Частота госпитализаций максимальна весной и осенью.

0026

ОФЭКТ СЕРДЦА В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Алферов С.П.[1], Алферов П.К.[2], Рыжман Н.Н.[3], Долгушев Д.А.[4]

[1]ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»,

[2]ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный научноисследовательский университет»,

[3]ФГКУ «3 центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского МО РФ»,

[4]ООО «Международный медицинский центр СОГАЗ»

Цель исследования состоит в оценке роли однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) сердца у больных с острым коронарным синдромом и стабильными формами ишемической болезни сердца в прогнозе декомпенсации сердечной недостаточности.

Материалы и методы. В исследование включено 124 пациента. Из них 50 больных с острым коронарным синдромом без стойкого подъёма сегмента ST, без острых коронарных событий в анамнезе, средний возраст группы 53,9±6,2 года и 74 пациента со стабильной стенокардией напряжения II функционального класса, средний возраст 61,5±5,6 лет. Всем пациентам в первые сутки и через 30 дней выполнялась перфузионная сцинтиграфия миокарда с Tc-99m-сестамиби — Технетрил, причём в группе больных с острым коронарным синдромом только в покое, а в группе со стабильной стенокардией напряжения и в покое и при нагрузке (велоэргометр, 100 Вт, 3 мин). По результатам ОФЭКТ оценивался общий дефект перфузии, в процентах от площади поражённых сегментов.

По результатам динамической ОФЭКТ через 30 дней обе группы были разделены на подгруппы с положительной (n=31 в группе больных, перенесших ОКС и n=45 в группе больных со стабильной стенокардией) и отрицательной (n=19 в группе больных, перенесших ОКС и n=29 в группе больных со стабильной стенокардией) динамикой в виде уменьшения или увеличения размера общего дефекта перфузии соответственно. В течение 5 лет после первичной госпитализации пациенты обеих групп находились под динамическим наблюдением с оценкой числа фактов обращения и госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности.

Результаты. Количество обращений пациентов, перенесших острый коронарный синдром, по поводу острой декомпенсации сердечной недостаточности в подгруппе с увеличением дефекта перфузии было достоверно больше, причём достоверные отличия начинают прослеживаться с 3 года наблюдений: 4 против 12 (p<0,001). Через 5 лет различия составили 15 и 52 (p<0,001). В группе больных со стабильной стенокардией напряжения ежегодное количество обращений в разных подгруппах практически не различались. Однако общая обращаемость в подгруппе с отрицательной динамикой по преходящему размеру дефекта перфузии было достоверно выше 10 против 18 (p=0,047). При межгрупповом сравнении общее число обращений — 62 было достоверно выше в группе больных перенесших ОКС, против 28 в группе со стабильной формой стенокардии (p<0,001).

Выводы. Увеличение размера дефекта перфузии по данным перфузионной сцинтиграфии миокарда у больных с ишемической болезнью сердца является предиктором более частой декомпенсации течения сердечной недостаточности, особенно у лиц, перенесших острый коронарный синдром в пятилетний период наблюдения.

0027

CPAP-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Алферов С.П.[1], Алферов П.К.[2], Рыжман Н.Н.[3]

[1]ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»,
[2]ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный научноисследовательский университет»,
[3]ФГКУ «3 центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского МО РФ»

Цель исследования состоит в оценке влияния неинвазивной вентиляции лёгких (НВЛ) в режиме CPAP на сроки лечения пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности (ОДСН) в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и на продолжительность парентеральной терапии, направленной на компенсацию явлений сердечной недостаточности.

Материалы и методы. В исследование включено 72 пациента с клиникой острой декомпенсации сердечной недостаточности. Все пациенты в случайном порядке были разделены на группы в зависимости от использования в мероприятиях интенсивной терапии НВЛ. Первая группа (n=42) — пациенты с применением НВЛ. Во второй группе (n=30) использована стандартная инсуффляция кислорода через носовые катетеры, поток кислорода 6 — 10 мин. Для проведения НВЛ использовался аппарат BIPAP Vision, производитель Respironics, Inc., USA, с использованием лицевых масок типа (All-face) в режиме CPAP. Уровень экспираторного давления в контуре в зависимости от клинической ситуации колебался в пределах 7 — 15 см H2O, концентрация кислорода 30 — 60 %. Продолжительность респираторной поддержки в режиме CPAP составляла от 2 до 18 часов в сутки. Все пациенты обеих групп получали однородную медикаментозную терапию. Оценивалась максимальная парентеральная суточная доза фуросемида, среднеарифметический уровень диуреза за все сутки нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии, длительность парентерального использования нитроглицерина, длительность и максимальная доза дофамина в качестве инотропного средства.

Результаты. Показатели описательной статистики представлены в виде Me [25%-75%]. Среднесуточная доза фуросемида в группе с использованием НВЛ в режиме CPAP 60 [60 — 120] мг была достоверно ниже, чем в группе с использованием инсуффляции O2 через носовые катетеры 120 [80 — 180] мг, p=0,03. Причём, диурез в группе с использованием НВЛ значительно превосходил таковой в группе больных с использованием

инсуффляции О2 через носовые катетеры 2115 [1800 — 2500] мл против 1690 [1500 — 1900] мл, p=0,0001. В тоже время, длительность применения парентеральных нитропрепаратов в группе с использованием НВЛ 0 [0 — 2] суток была достоверно меньше чем в группе с использованием инсуффляции О2 1 [0 — 3], p=0,03. Длительность применения и среднесуточная доза дофамина в обеих группах достоверно не различались. Применение НВЛ в режиме CPAP достоверно сокращает сроки пребывания пациентов с ОДСН в ОРИТ. Так в группе НВЛ сроки лечения в условиях реанимационного отделения составили 2,5±1,3 койко-дня, в то время как в группе с использованием инсуффляции О2 соответствующий показатель был равен 4,3±2,9, p=0,007.

Выводы. Применение НВЛ в режиме CPAP достоверно снижает сроки лечения пациентов с ОДСН в ОРИТ, а также продолжительность введения и дозировку парентеральных диуретиков и нитропрепаратов.

0028

АЛГОРИТМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОИСКА В ЭКОЛОГИЧЕСКОМ КЛИНИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Аманжолова Ш.А.

Поликлиника № 14 филиала № 1 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, г. Юбилейный, РФ

Хорошо известна актуальность изучения влияния загрязнений атмосферного воздуха (АВ) на течение различных заболеваний. Клинико-гигиенические научные работы нуждаются в патогенетическом обосновании, что обеспечивает их доказательную ценность. В достоверно различающихся по загрязненности АВ (Ксум) экологических районах города нами определены сезонные особенности по уровню NO2, SO2, CO, TSP, Pb.

Проведено анкетирование больных ревматической болезнью сердца (РБС), наблюдающихся у ревматологов соответствующих поликлиник. Опрос проводился методом интервью по анкете, содержащей 28 вопросов. Отмечались основные данные анамнеза заболевания, экологического анамнеза (в какой экозоне возникло и развивалось заболевание), экологического маршрута (длительность проживания и место работы в экозонах на протяжении жизни).На обратной стороне анкеты отмечались данные по перенесенным случаям острой носоглоточной инфекции (ОНГИ: ОРВИ, ангины) с указанием даты. Основываясь на этом определялась сезонная частота ОНГИ для построения корреляций и сравнительных зависимостей от сезонного уровня загрязнений АВ. Составлена экологическая картотека для формирования групп наблюдения. На основании экологического маршрута пациентов сформированы репрезентативные подгруппы больных, проведено их клинико-эпидемиологическое обследование: ретроспективно-проспективное наблюдательное когортное исследование. Проводилось клиническое динамическое наблюдение и лечение в стационаре и поликлиниках, клинико-биохимическое, иммунологическое, исследование противострептококкового иммунитета, функциональное (в т.ч. фазовый анализ сердечного цикла) исследование.

Даны этиологические и патогенетические обоснования ревматогенного влияния загрязнений на состояние противострептококкового иммунитета, общего иммунного статуса, биохимического гомеостаза, морфофункциональных изменений соединительной ткани миокарда и выявлена их клинико-гигиеническая критериальная значимость.

Впервые получены относительный, атрибутивный, популяционный атрибутивный риск ОНГИ и дополнительная доля популяционного риска РБС, суммарная оценка риска по Е.Н.Шигану в сезонном аспекте. Все это позволило установить высокие причинно-следственные ассоциации между влиянием респираторных загрязнений и частотой ОНГИ у больных РБС, частотой заболевания на исследуемых территориях. Основываясь на полученных количественных данных построены прогностические модели зависимостей частоты ОНГИ у больных РБС от уровня загрязнений АВ, а значит и рецидива РБС. Таким образом, поэтапный комплексный подход в экологическом исследовании позволяет выявить воздействие загрязнений АВ не только на уровне аэроэпителиальных барьеров, но и внутренних органов — сердца.

0029

СЕМЕЙНАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Амбоян А.С., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Эзиляева М.Р. ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала, Россия

Цель: исследовать генетический аспект возникновения фибрилляции предсердий (ФП) у детей, родители которых страдали ФП. Методы исследования: обследована семья из 5 человек. Проводили общеклиническое

исследование, в том числе электролитный состав крови, гормоны щитовидной железы, электрокардиографию, ЭХО-кардиографию, холтеровское мониторирование, УЗИ щитовидной железы. Полученные результаты: при проведении Фрамингемского исследования было выявлено, что ФП у родителей повышает риск развития ФП у детей. Впервые семейная форма ФП описана в 1943 г. С 1996 г. до настоящего времени описано 10 семей с аутосомнодоминантным типом наследования. Нами наблюдалась семья, у которых в молодом возрасте (до 40 лет) при отсутствии порока, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, заболеваний щитовидной железы, отмечена ФП. По данным литературы специфического лечения для семейной формы не разработано. Поэтому подходы к терапии были аналогичны таковым при приобретенной форме ФП.

Выводы: больным, у которых наблюдалась идиопатическая фибрилляция предсердий, необходим семейно-генетический анализ.

0030

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Аминов С.А., Шек А.Б, Аминова А.А., Ахмедова Ш.С., Мадмусаева А.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение связи внутрисердечной гемодинамики с показателями вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с нестабильной стенокардией.

Материал и методы исследования: В исследование включены 35 больных, со средным возрастом — 57±9,3 лет, поступившие в стационар с диагнозом ИБС, нестабильная стенокардия (НС). Всем больным проведено Холтеровское мониторирование ЭКГ с расчетом показателей ВРС и ультразвуковое исследование сердца. Вычисляли: конечно-диастолический(КДР ЛЖ), конечно-систолический размеры левого желудочка(КСР ЛЖ), объёмы полостей желудка по формуле L. E. Teicholz, с расчетом конечно-дистолического (КДО), конечно-систолического (КСО), ударного объёмов ЛЖ (УО), фракции выброса ЛЖ (ФВ) в %. Изучались следующие спектральные показатели ВРС:TP–общая мощность колебаний спектра, HF–мощность колебаний высокочастотных (ВЧ), LF–мощность колебаний низкочастотных (НЧ), VLF–мощность колебаний очень низкочастотных (ОНЧ), ULF–мощность колебаний ультранизкочастотных (УНЧ) составляющих спектра. Для получения нормального распределения показателей ВРС его спектры F (ULF, VLF, LF, HF) преобразовались к доли от общей мощности колебания спектра (TP) в виде процента по следующей формуле: Доля мощности колебаний спектра F, % (ULF, VLF, LF, HF) = F (ULF, VLF, LF, HF) / TP x 100 %. Связь между изучаемыми показателями оценивалась по результатам корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Пирсона (r).

Результаты. По результатам корреляционного анализа данных ЭхоКС с данными дневных показателей ВРС у больных с НС, выявлено, что общая мощность спектра ВРС (TP) имела достоверную прямую корреляцию с УО ЛЖ (r=0,64, p<0.05). Доля мощности ОНЧ (VLF, %) имела достоверно обратную корреляцию с уровнем ФВ ЛЖ (r= -0,67, p<0.05). НЧ (LF) спектр имел достоверную прямую корреляцию с УО (r=0,70, p<0.05) и ФВ ЛЖ (r=0,76, p<0.05), доля мощности НЧ (LF, %) имела высоко достоверную прямую корреляцию с ФВ ЛЖ (r=0,86, p<0.001), достоверную обратную корреляцию с КСО ЛЖ (r=-0,78, p<0.01), КСР ЛЖ (r=-0,78, p<0.01). Корреляционный анализ с данными ночных показателей ВРС у больных НС показал, что общая мощность спектра ВРС (TP) также имела достоверную прямую корреляцию с УО ЛЖ (r=0,64, p<0.05). Доля мощности УНЧ (ULF, %) имела достоверно прямую корреляцию с КСР (r=0,70, p<0.05) и КСО ЛЖ (r=0,76, p<0.05), соответственно обратную корреляцию с ФВ ЛЖ (r= -0,69, p<0.05). Мощность НЧ (LF) имела высоко достоверную прямую корреляцию с УО ЛЖ (r=0,81, p<0.01). Доля мощности низких частот (LF, %) имеет достоверную корреляцию с ФВ ЛЖ (r=0,69, p<0.05). Другие корреляционные связи имели слабый характер и были недостоверными.

Выводы: При хорошей сократительной способности миокарда ЛЖ увеличивается доля НЧ составляющих спектра ритма, которые отражают функции нижестоящих регуляторных систем центральной нервной системы, такие как симпатическая и парасимпатическая нервная система. При снижении сократительной способности миокарда ЛЖ снижается общая мощность ВРС, с увеличением доли вышестоящих регуляторных систем ЦНС, что выражается повышением ОНЧ и УНЧ составляющих спектра ритма.

0031

СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Л.А. Андина[1], А.В. Ковалев[1,2], Ю.И. Гринштейн[1], В.Г. Суховольский[1,2]

[1]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,

[2]ФГБУН Красноярский научный центр СО РАН, Красноярск, Россия

Цель исследования.Разработать способ ранней экспресс — диагностики ишемии миокарда у больных ишемической болезнь сердца.

Материалы и методы исследования.В исследование были включены 26 пациентов в возрасте 70,36±8,659 из них 8 мужчин (31%) и 17 женщин (65%) с первичным диагнозом ОКС без ↑ST с изменениями на ЭКГ (депрессия сегмента ST ниже изолинии ≥1- 2 мм). У всех пациентов тропонин Т был отрицательным. Контрольная группа состояла из 30 здоровых доноров. Острую ишемию миокарда диагностировали по диэлектрическим характеристикам образца крови пациентов на оригинальном Фурье-спектрометре. У пациентов забирали кровь из кубитальной вены в объеме 1,0 мл, добавляли в качестве антикоагулянта 0,1 мл гепарина, пропускали через образец крови короткий (порядка 10-5 с) импульс тока с последующей регистрацией функции спада поляризации образца, а затем выполняли Фурье — преобразование этой функции и рассчитывали параметры импеданс — годографов. Характеристики диэлектрического спектра использовались для диагностики острой ишемии миокарда.

Результаты и обсуждение. У 32 из 39 пациентов имевших на ЭКГ депрессию сегмента ST≥ 1-2 мм и отрицательный тропонин Т диэлектрические показатели крови значимо отличались от нормы. У 7 пациентов показатели не отличались от нормы, при этом небольшие изменения конечной части желудочкового комплекса были обусловлены гипертрофией левого желудочка, а не острой ишемией миокарда. Показана высокая специфичность и чувствительность диэлектрической Фурье-спектроскопии в экспресс-диагностике ишемии миокарда. Преимуществом предлагаемого способа диагностики ишемии миокарда является малый объем забираемой крови, быстрота исполнения, и минимальные требования к квалификации исполнителя.

Заключение. Предлагаемый способ позволяет в лечебном учреждении любого уровня быстро и малозатратно осуществлять диагностику ишемии миокарда и своевременно начинать оказание неотложной помощи больным с острым коронарным синдромом.

0032

ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Андреева И.А., Саламатина Л.В., Милованова Е.В., Авчухова Л.С., Шепилова И.Б., Урванцева И.А.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (ОКД «ЦД и ССХ»), Россия, Сургут

Федеральный Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) представляет собой организованную систему сбора информации о пациентах с этим заболеванием и позволяет оценивать качество и исходы лечения больных с ОКС.

Цель: Оценить показатели госпитальной летальности среди больных с ОКСпST и ОКСбпST по данным ОКД «ЦД и ССХ», полученным в рамках работы с Федеральным Регистром ОКС.

Материалы и методы: Число больных с ОКС в регистре в 2009-2010 гг. — 273 чел., в 2011-2012 гг. — 352 чел., из них доля больных с ОКСпST/ОКСбпST в 2009-2010 гг. составила 82,0/8,1%, в 2011-2012 гг. — 82,9/6,3%. Среди больных с ОКСпST удельный вес мужчин/женщин в 2009-2010 гг. составил 89,3/10,7%, 2011-2012 гг. — 86,0/14,0%; среди больных с ОКСбпST доля мужчин/женщин в 2009-2010 гг. — 81,8/18,2%, в 2011-2012 гг. — 68,2/31,8%. Средний возраст (Me [25%; 75%]) больных с ОКСпST в 2009-2010 гг. был равен 55,0 (50,0; 60,0) лет, в 2011-2012 гг. — 56,0 (51,0; 61,0) лет; среди больных с ОКСбпST в 2009-2010 гг. — 55,0 (48,0; 63,0) лет, в 2011-2012 гг. — 52,5 (49,0; 58,0) лет.

Полученные результаты: По нашим данным среди всех больных, поступивших с ОКСпST, госпитальная летальность в 2009-2010 гг. составила 4,0%, а в 2011-2012 гг. — 3,1%, т.е. уменьшилась на 22,5%. При этом, в структуре причин госпитальной летальности доля Q-инфаркта миокарда (Q-ИМ) составила 100,0% в 2009-2010 гг. и 88,9% в 2011-2012 гг. (динамика показателя (-)11,1%). Госпитальная летальность в 1-е сутки среди больных с ОКСпST и в 2009-2010 гг. и в 2011-2012 гг. составила 55,6%, из них от острого ИМ умерли в 2009-2010 гг. 100,0%, в 2011-2012 гг. — 80,0%.

Среди больных с ОКСбпST показатель госпитальной летальности не менялся и составил 4,5% в оба периода. При этом, в структуре причин госпитальной летальности в 100% случаев фигурировал острый Q-ИМ. Госпитальная летальность в 1-е сутки среди больных с ОКСбпST в 2009-2010 гг. составила 100,0% (1 чел.), при этом причиной смерти был острый Q-ИМ. В 2011-2012 гг. среди больных с ОКСбпST госпитальная летальность в 1-е сутки была равна нулю.

Выводы: Госпитальная летальность среди пациентов с ОКСпST снизилась с 4,0 до 3,1%, среди больных с ОКСбпST — не менялась и составила 4,5%. При этом в структуре причин госпитальной летальности безоговорочно лидировал острый Q-ИМ (88,9-100%). Госпитальная летальность в 1-е сутки среди больных с ОКСпST в оба периода составила 55,6%, а среди больных с ОКСбпST в 2009-2010 гг. — 100,0%, в 2011-2012 гг. — 0%.

0033

ОЦЕНКА РИСКА СМЕРТИ ПО ШКАЛЕ GRACE СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

Андреева И.А., Саламатина Л.В., Милованова Е.В., Авчухова Л.С., Шепилова И.Б., Урванцева И.А.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (ОКД «ЦД и ССХ»), Россия, Сургут

Федеральный Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) — это проспективное эпидемиологическое исследование. Регистр ОКС позволяет оценивать качество медицинской помощи больным с ОКС и судить о результатах и исходах его лечения. Также Регистр дает возможность оценить риск смерти у больных с ОКС по шкале GRACE.

Цель: Оценить риск госпитальной и 6-ти месячной смерти среди больных с ОКСпST по данным ОКД «ЦД и ССХ», полученным в рамках работы с Федеральным Регистром ОКС.

Материалы и методы: Оценивались данные регистра ОКД «ЦД и ССХ» за два периода — 2009-2010 гг. и 2011-2012 гг. Количество больных с ОКСпST, у которых достаточно данных для расчета риска госпитальной смерти по шкале GRACE, в 2009-2010 гг. составило 193 чел., в 2011-2012 гг. — 251, т.е. 86,2 и 85,9% от всех больных с ОКСпST, соответственно. Число больных с ОКСпST, у которых было достаточно данных для оценки риска 6-ти месячной смерти по GRACE, в 2009-2010 гг. составило 194 чел. (86,6%), в 2011-2012 гг. — 254 чел. (86,9%).

Результаты: В 2009-2010 гг. среди больных с ОКСпST доля больных с низким риском госпитальной смерти по шкале GRACE составила 38,3%, со средним риском — 41,5%, с высоким — 20,2%. В 2011-2012 гг. удельный вес больных с ОКСпST с низким риском госпитальной смерти составил 40,7%, со средним риском — 40,2%, а с высоким — 19,1%.

Доля больных с ОКСпST с низким риском 6-ти месячной смерти по шкале GRACE в 2009-2010 гг. составила 71,7%, со средним риском — 17,0%, с высоким — 11,3%. В 2011-2012 гг. удельный вес больных с ОКСпST с низким риском 6-ти месячной смерти по шкале GRACE был равен 72,8%, со средним — 20,5%, а с высоким — 6,7%.

Выводы: За анализируемые периоды времени среди больных с ОКСпST практически не менялся удельный вес пациентов с низким, средним и высоким риском госпитальной смерти по GRACE, который составил 38,3/40,7%, 41,5/40,2 и 20,2/19,1%, соответственно. При оценке риска 6-ти месячной смерти по шкале GRACE среди больных с ОКСпST преобладали пациенты с низким риском (71,7/72,8%), доля больных со средним риском несколько возросла (с 17,0 до 20,5%), с высоким — уменьшилась вдвое (с 11,3 до 6,7%).

0034

ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА В ПОЛИКЛИНИКЕ — ЧТО ПРОИСХОДИТ?

Андреичева Е.Н.

Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО КГМУ, г. Казань, Россия

Снижение заболеваемости атеросклерозом и смертности от его осложнений — одна из основных задач здравоохранения. Важная роль здесь принадлежит эффективной гиполипидемической терапии статинами. Максимальный благоприятный эффект наблюдается у лиц с высоким риском развития ИБС.

Цель исследования. Проанализировать частоту назначения медикаментозной гиполипидемической терапии и ее характер пациентам с сердечно-сосудистой патологией высокого и очень высокого риска в амбулаторной практике, а также оценить адекватность лабораторного контроля за эффективностью этой терапии. Материалы и методы исследования. Проведен анализ частоты назначений гиполипидемических препаратов врачами — участковыми терапевтами и кардиологами — за период с 2007 по 2012 гг. при наличии показаний. Проанализировано ретроспективно 420 амбулаторных карт из 7 поликлиник, находящихся в разных районах г. Казани. Среди них — 250 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, 170 — с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III в сочетании с гипертонической болезнью III стадии; 146 больных из общего числа (34,8%) также имели сахарный диабет 2 типа различной степени тяжести. Все больные были с исходной гиперлипидемией. Оценивались — необходимость назначения липидснижающих препаратов, частота и объем лабораторного контроля в ходе лечения, титрование доз.

Результаты. В 2007г. только 60 % пациентов, нуждавшимся в медикаментозной коррекции гиперлипидемии, она была рекомендована; в 2008-74%, в 2009-80%, 2010-86%, 2011-90%, 2012-98% пациентов. В настоящее время практически всем пациентам, нуждающимся в липидснижающей терапии, рекомендуется прием статинов. Фибраты среди обследованных пациентов никому не были назначены.
Контроль за эффективностью терапии врачами поликлиник проводился недостаточно: контроль за липидограммой 1 раз в год — 2007г-20%,2008-24%, 2009-25%, 2010-27%, 2011-30%, 2012-33%. Контроль уровня общего холестерина 1раз в год — 2007-50%, 2008-53%, 2009-63%, 2010-70%, 2011-76%, 2012-86%. Достижимость эффективности терапии врачами поликлиник: целевой уровень ОХС достигнут в 2007г—40%, 2008-52%, 2009-58%, 2010-62%, 2011-64%, 2012-67%.

Выводы. За период с 2007 по 2012гг. частота назначения гиполипидемической терапии значительно выросла и в настоящее время соответствует современным рекомендациям ВНОК. Контроль за эффективностью гиполипидемической терапии явно недостаточен — 1 раз в год в амбулаторной сети, в подавляющем большинстве случаев это— не липидограмма, а уровень общего холестерина. Так как отсутствует адекватный контроль за эффективностью гиполипидемической терапии, то нет и титрования доз, нет и результата. Главный «виновник» существующего диссонанса между назначением препаратов и достижением требуемого эффекта — все то же формальное отношение больных и врачей к лечению гиперлипидемии. Необходима дальнейшая работа с врачами поликлиник для выполнения рекомендаций ВНОК по лечению и профилактике атеросклероза в полном объеме.

0035

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА — ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Андреичева Е.Н.

Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО КГМУ, г. Казань, Россия

Невзирая на то, что Национальные рекомендации по профилактике и лечению атеросклероза должны являться обязательным руководством к действию для врачей всех специальностей, в реальной практике мы часто сталкиваемся с невыполнением этих рекомендаций.

Цель исследования. Оценить осведомленность участковых терапевтов о необходимости назначения гиполипидемической терапии и реальную частоту назначения этой терапии и ее характер пациентам с сердечно-сосудистой патологией высокого и очень высокого риска в амбулаторной практике. Материалы и методы исследования. Опрошены 57 участковых терапевтов поликлиник г. Казани в 2007г. и в 2012г. повторно о критериях назначения гиполипидемических препаратов, и проведена оценка частоты назначений гиполипидемических препаратов этими же докторами по их записям в мед.картах. Проверено в 2007г. 970 мед.карт амбулаторных больных больных, в 2012г. 980 мед.карт тех пациентов, которых курировали включенные в опрос доктора. Все больные имели гиперлипидемию и относились к высокому и очень высокому риску сердечно-сосудистой патологии.

Результаты. В 2007г 74% опрошенных врачей смогли точно ответить на вопросы о том, кому и при каких условиях следует назначать дипидснижающие препараты, в 2012г. — уже 91%. Если врачи ориентировались хорошо в уровне общего холестерина, то детализировать изменения липидограммы смогли немногие- в 2007г 33%, в 2012г — 49%. В 2007г. только 60 % пациентов, нуждавшимся в медикаментозной коррекции гиперлипидемии, она была рекомендована; в 2012 — 88% пациентов. В настоящее время практически всем пациентам, нуждающимся в липидснижающей терапии, рекомендуется прием статинов. Фибраты среди обследованных пациентов никому не были назначены.

Выводы. По данным опроса врачей 100% декларировали свою осведомленность о содержании Национальных рекомендаций по профилактике и лечению атеросклероза, хотя правильные ответы на вопросы о целевых значениях параметров липидограммы дало менее половины опрошенных. За период с 2007 по 2012г. уровень знаний участковых терапевтов по вопросу о вторичной профилактике атеросклероза вырос, но теоретические знания расходятся с практикой назначения липиднижающих препаратов. Частота назначения гиполипидемической терапии значительно выросла за 5 лет. Однако необходима дальнейшая работа с врачами поликлиник для выполнения рекомендаций ВНОК по лечению и профилактике атеросклероза в полном объеме.

0036

DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA ПРИ ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИ СРАВНЕНИИ С НОРМОЙ (УГОЛ α ОТ 0° ДО 30°)

Андреичев Н. А

Кафедра факультетской терапии и кардиологии, КГМУ, Казань, Россия

Цель: изучить Departure Index (DI), Departure Area (DA) при переднебоковом инфаркте миокарда (ИМ) методом электрокардиотопографии.

Материалы и методы: изучено электрическое поле сердца с помощью электрокардиотопографии. Электрокардиотопография проведена у 78 чел. контрольной группы (практически здоровые лица) (КГ) и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при переднебоковом ИМ (20чел.)

Результаты: DI и DA рассчитываются следующим образом: DI = (X — M) / SD , где X — измеренное значение показателя, M — среднее значение , SD — среднеквадратичное отклонение, а DA — это область, где значение DI›2SD или ‹-2SD. Отклонении DA ›2SD или ‹-2SD рассматривается как отклонение от нормы. Построение DI и DA карт выявляют основные тенденции изменения электрического поля сердца при различных локализациях ИМ. Положительные и отрицательные максимумы и минимумы свидетельствуют об основных сдвигах электрического поля сердца, нулевые значения свидетельствуют о смене зон. При анализе различных типов картограмм с помощью DA выявляются качественные отличия электрического поля сердца в сравниваемых группах, а использование DA при количественной оценке электрического поля сердца позволяет внести уровень надежности в предлагаемые критерии диагностики. При анализе КГ с горизонтальным положением электрической оси сердца и переднебоковым ИМ по электропозитивности выявлена DA‹-2SD в прекардиальной области (7 отведений) с max в точке III-10 (-3,20). $\sum$ DA=-17,72. Выявлена DA›2SD (2 отведения) справа с max в точке V-2 (2,84). $\sum$DA= 5,21. По электронегативности DA›2SD, располагается в одной точке II-10 с max равным 2,13, свидетельствующей об увеличении зубца s в группе с переднебоковым ИМ. По электронегативности DA‹-2SD располагается в одной точке с max в точке III-1 равным -2,41, свидетельствующей об уменьшении s в группе с переднебоковым ИМ. По зубцу T выявлены DA‹-2SD (30 отведений) на левой половине грудной клетки и обширная DA›2SD (42 отведения) справа спереди и сзади. $\sum$ DA‹-2SD=-94,95. $\sum$ DA›2SD=127,09. При переднебоковом ИМ возникают более значительные изменения зубца T, чем при переднем ИМ при сравнении с КГ с горизонтальным положением электрической оси сердца. По ЭП нет существенной разницы в $\sum$ DA в группах с передним и ПБ ИМ.

Выводы: Выявлены основные локализации изменений комплекса QRS при переднебоковом ИМ по данным элетрокардиотопографии. Выделены амплитудные количественные показатели отличия переднебокового ИМ от КГ с помощью DI.

0037

DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, КОМБИНИРОВАННЫЕ ТОПОКАРТЫ DEPARTURE AREA И ZERO ZONE ПРИ ПЕРЕДНЕМ И ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ

Андреичев Н. А; Кафедра факультетской терапии и кардиологии, КГМУ, Казань, Россия

Цель: изучить Departure Index (DI), Departure Area (DA), комбинированные топокарты Departure Area и Zero Zone (DAZZ) при переднем и переднебоковом инфаркте миокарда (ПИМ и ПБИМ) методом электрокар-

диотопографии (ЭКТГ).

Материалы и методы: изучено электрическое поле сердца (ЭПС) с помощью ЭКТГ. ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (гр.) (практически здоровые лица) (КГ) и 147 больных с ИМ различной локализации в том числе при ПИМ (9 чел.) и ПБИМ (20 чел.). Результаты: DI и DA рассчитываются следующим образом: DI = (X — M) / SD, где X — измеренное значение показателя, M — среднее значение, SD — среднеквадратичное отклонение, а DA — это область, где значение DI›2SD или ‹-2SD. Отклонении DA ›2SD или ‹-2SD рассматривается как отклонение от нормы. Построение DI и DA карт выявляют изменения ЭПС при различных локализациях ИМ. Положительные и отрицательные максимумы и минимумы свидетельствуют о сдвигах ЭПС, нулевые значения свидетельствуют о смене зон. При анализе различных типов картограмм с помощью DA выявляются качественные отличия ЭПС в сравниваемых гр., а использование DA при количественной оценке ЭПС позволяет внести уровень надежности в предлагаемые критерии диагностики. После получения параметров DI и DA при сравнении гр. с ПИМ и ПБИМ с КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца для дальнейшего анализа ЭПС с целью определения распространенности поражения применены комбинированные топокарты DAZZ, объединяющие анализ распространенности процесса в патологических гр. сравнения и одновременную оценку DA этих патологических гр. при сравнении с КГ. Было проведено сравнение в гр. ПИМ и ПБИМ и на первый взгляд отсутствие DA не дает регионов для поиска новых информативных признаков, но это не так. Очень важной дополнительной характеристикой является выделение нулевой зоны (НЗ) типа qs-qs, т.е. зоны, где в обеих гр. регистрируются зубцы (з.) QS. Так выявляется совпадение областей поражения в сравниваемых гр. По карте электропозитивности (ЭП) в гр. ПИМ и ПБИМ она располагается в основном с 7 по 9 линию и с I по IV уровень регистрации (УР). Выделены зоны несовпадения локализаций НЗ по ЭП в гр. ПИМ и ПБИМ. В гр. ПИМ она располагается по правой половине грудной клетки (ГК) и даже распространяется на правую заднюю поверхность по верхним УР. В гр. ПБИМ она распространяется по 8-9 линии на V-VI УР. Дополнительно выделяются границы зон, где значение з. R достоверно отличается от значений з. R у КГ и DA, которые находятся внутри границ достоверного снижения з. r для каждой гр. ПИМ и ПБИМ. Дополнительная несовпадающая НЗ по ЭП связана с тем, что в гр. ПБИМ у 7 человек в V1 комплекс типа rS, что затрудняло проявление признаков поражения межжелудочковой перегородки (МЖП), хотя при этом наблюдалось достоверное снижение з. r по правой половине ГК. В гр. ПИМ НЗ распространяется до 2 линии включительно. Особенности кровоснабжения МЖП при ПИМ и ПБИМ приводят к глубокому поражению МЖП с возникновением поражения высокой заднесептальной и заднесептальной части МЖП, и это обосновывает выделенные локализации при ЭКТГ. Отсутствие НЗ по ЭП справа с 3 по 6 линию у лиц с комплексом rS в V1 подтверждает это. Отмечается наличие дополнительной несовпадающей НЗ в гр. ПБИМ по 7-8 линии по V-VI УР, что указывает на ухудшении кровообращения в нижневерхушечной области. Анализ топокарт DAZZ облегчает понимание изменение ЭПС при ПИМ и ПБИМ. Имеется относительная близость DA и ее частичное перекрытие из-за сходных локализаций ИМ. Несмотря на достоверное снижение потенциала по 9 линии в гр. ПИМ, наличие DA по 10 линии в гр. ПБИМ указывает о поражении боковой стенки левого желудочка. Выводы: DA проецируются на НЗ по ЭП при ПИМ и ПБИМ. Анализ топокарт DAZZ при сравнении гр. с ПИМ и ПБИМ позволяет проследить за переходом очага поражения на рядом расположенные стенки.

0038

DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, КОМБИНИРОВАННЫЕ ТОПОКАРТЫ DEPARTURE AREA И ZERO ZONE ПРИ ПЕРЕДНЕМ И ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ И ПО ЗУБЦУ Т

Андреичев Н. А

Кафедра факультетской терапии и кардиологии, КГМУ, Казань, Россия

Цель: изучить Departure Index (DI), Departure Area (DA), комбинированные топокарты (КТ) Departure Area и Zero Zone (DAZZ) при переднем и переднебоковом инфаркте миокарда (ПИМ и ПБИМ) методом электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Материалы и методы: изучено электрическое поле сердца (ЭПС) с помощью ЭКТГ. ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (гр.) (практически здоровые лица) (КГ) и 147 больных с ИМ различной локализации в том числе при ПИМ (9чел.) и ПБИМ (20чел.). Результаты: DI и DA рассчитываются следующим образом: DI = (X — M) / SD, где X — измеренное значение показателя, M — среднее значение, SD — среднеквадратичное отклонение, а DA — это область, где значение DI›2SD или ‹-2SD. Отклонении DA ›2SD или ‹-2SD рассматривается

как отклонение от нормы. Построение DI и DA карт выявляют изменения ЭПС при различных локализациях ИМ. Положительные и отрицательные максимумы и минимумы свидетельствуют о сдвигах ЭПС, нулевые значения свидетельствуют о смене зон. При анализе различных типов картограмм с помощью DA выявляются качественные отличия ЭПС в сравниваемых гр., а использование DA при количественной оценке ЭПС позволяет внести уровень надежности в предлагаемые критерии диагностики. После получения параметров DI и DA при сравнении гр. с ПИМ и ПБИМ с КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца (ЭОС) для дальнейшего анализа ЭПС с целью определения распространенности поражения применены КТ DAZZ, объединяющие анализ распространенности процесса в патологических гр. сравнения и одновременную оценку DA этих патологических гр. при сравнении с КГ. Проведено сравнение в гр. ПИМ и ПБИМ и на первый взгляд отсутствие DA не дает регионов для поиска новых информативных признаков, но это не так. Очень важной дополнительной характеристикой является выделение нулевой зоны (НЗ) типа r-r, т.е. зоны, где в обеих гр. регистрируются зубцы (з.) R. Так выявляем совпадение реципрокных областей, возникающих при ИМ в сравниваемых гр. По электронегативности (ЭН) НЗ построены аналогично НЗ по электропозитивности. Выделенные зоны в гр. ПИМ и ПБИМ являются реципрокным отображением ИМ соответственно передней и переднебоковой локализации. Расположение НЗ больше по нижним уровням регистрации (УР) в гр. ПИМ отражает поражение более высоких отделов межжелудочковой перегородки (МЖП), скорее всего даже с распространением на верхнюю часть МЖП. В таком случае выделение I и II УР как базального становится оправданным при анализе ЭКТГ, а VI УР сзади определяет реципрокные изменения в переднебазальном отделе левого желудочка. Более вертикальное расположение реципрокной области в гр. ПБИМ определяется большей протяженностью поражения от верхних отделов МЖП до верхушки сердца и поражением боковой стенки. Распространение реципрокной зоны до I УР указывает на целесообразность выделения для анализа ЭКТГ нижневерхушечной реципрокной зоны. На DAZZ карте по з. Т помимо инверсии з. Т выявляются очень большие DA при сравнении с гр. КГ с нормальным и вертикальным положением ЭОС. На левой половине грудной клетки расположена DA<-2SD, а справа DA>2SD. Вся DA ПИМ находится практически внутри DA ПБИМ и только в двух точках выходит за границы DA (IV-4, VI-5). Ни в одной гр. DA не распространяется на область V1 и даже V2, что свидетельствует об изменчивости з. Т у КГ и вследствие этого большая сигма не позволяет делать эту зону диагностически значимой. Для оценки протяженности ИМ целесообразно использовать КТ DAZZ как для сравнения усредненных данных в гр. сравнения, так при оценке протяженности ИМ у индивида. Выводы: DA проецируются на НЗ по ЭН при ПИМ и ПБИМ. На DAZZ карте по з. Т выявляются очень большие DA при сравнении с КГ. Анализ КТ DAZZ при сравнении гр. ПИМ и ПБИМ позволяет проследить за переходом очага поражения на рядом расположенные стенки.

0039

DEPARTURE INDEX ПРИ ПЕРЕДНЕМ И ПЕРЕДНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИ РАЗРАБОТКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ

Андреичев Н. А. Кафедра факультетской терапии и кардиологии, КГМУ, Казань, Россия

Цель: изучить Departure Index (DI), Departure Area (DA), комбинированные топокарты (КТ) Departure Area и Zero Zone (DAZZ) при переднем и переднебоковом инфаркте миокарда (ПИМ и ПБИМ) методом электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Материалы и методы: изучено электрическое поле сердца (ЭПС) с помощью ЭКТГ. ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (гр.) (практически здоровые лица) (КГ) и 147 больных с ИМ различной локализации в том числе при ПИМ (9чел.) и ПБИМ (20чел.). Результаты: Отклонении DA ›2SD или ‹-2SD рассматривается как отклонение от нормы. Построение DI и DA карт выявляют изменения ЭПС при различных локализациях ИМ. Положительные и отрицательные максимумы и минимумы свидетельствуют о сдвигах ЭПС, нулевые значения свидетельствуют о смене зон. При анализе различных типов картограмм с помощью DA выявляются качественные отличия ЭПС в сравниваемых гр., а использование DA при количественной оценке ЭПС позволяет внести уровень надежности в предлагаемые критерии диагностики. После получения параметров DI и DA при сравнении гр. с ПИМ и ПБИМ с КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца (ЭОС) для дальнейшего анализа ЭПС проведено сравнение в гр. ПИМ и ПБИМ и получены данные, что для оценки протяженности ИМ целесообразно использовать КТ DAZZ как для сравнения усредненных данных в гр. сравнения, так при оценке протяженности ИМ у индивида, что позволяет проследить за переходом очага поражения на рядом расположенные стенки, т.е. оценивается качественная характеристика ЭПС при ПИМ и ПБИМ. На следующем этапе проанализированы количественные показатели ЭПС при ПИМ и ПБИМ и получено очень большое количество достоверных количественных параметров по методу Стьюдента при сравнении гр. КГ с нормальным и горизонтальным

положением ЭОС с гр. ПИМ и ПБИМ с помощью DI. При анализе DI имеется много информативных показателей (приводится только часть) для дифференциации ЭПС у КГ и при ПИМ и ПБИМ (первая цифра при сравнении ПИМ с КГ с нормальным положением ЭОС, вторая — при сравнении КГ с горизонтальным положением ЭОС, третья и четвертая цифра для ПБИМ аналогично как при ПИМ) — (n r (зоны rs): -26,04, -22,58, -18,28, -15,82; n s: -4,5, -4,73, -3,58, -3,8; sm r: -1,88, -2,32, -1,83, -2,26; sm qs: 29,08, 38,54, 23,98, 31,78; mx r: -1,97, -2,12, -2,4, -2,54; sm r: -2,02, -2,39, -1,89, -2,27; n qs: 26,04, 22,58, 18,28, 15,82; sm qs: 29,08, 38,54, 23,98, 31,78; n r: 15,08, 11,06, 12,4, 9,07; % n r: 15,08, 11,06, 12,4, 9,07; sm r: 11,96, 12,9, 6,87, 7,38; n EP+1: -2,8, -2,85, -1,54, -1,74; sm EP+1: -1,33, -2,21, -1,78, -2,73; M RSR'(S): -1,47, -2,32, -1,74, -2,72; n EP+: 112,8, 2,85, 1,54, 1,74; sm EN-: 13,73, 2,32, 2,76, 1,59; M QS(QS): 3,25, 3,46, 3,57, 3,8; sm R®/EP+: 23,33, 17,77, 17,86, 13,57; smQS(QS)/EN-: 37,19, 34,45, 30,35, 28,09; nEN-1/n EN-11: 5,8, 6,09, 2,46, 2,8; smEN-11/smEN-1: -1,13, -1,8, -0,8, -1,01; mxR(RSR')/MRSR'®: -1,36, -1,97, -1,39, -2,05; mxS(RSR')/MRSR'(S): -1,47, -2,49, -1,54, -2,62; mxqs(QS)/MQS(QS): 4,5, 4,1, 3,45, 3,14; EP+/EN-: -3,31, -2,36, -3,37, -2,42).

Выявляются только три показателя: 1) n r (DI=2,4), 2) n qs (DI=2,42), 3) sum EN-II/ sum EN-1 (DI=4,68) отличающиеся в гр. ПИМ и ПБИМ, и то их значение относительно вследствие выделения в гр. ПБИМ двух подгрупп с наличием или отсутствием зубца r в V1. Возможно, именно этот факт объясняет возникновение этих DI. Количественные показатели оценки комплекса QRS более пригодны для дифференциации нормы и патологии, а для более точной оценки протяженности ИМ целесообразно использовать КТ DAZZ. Для дифференциации гр. патологии, особенно при ИМ рядом расположенной локализации необходим анализ локальных сумм и отношений з. желудочкового комплекса и з. Т. Выводы: Разработаны амплитудные количественные показатели отличия больных с ПИМ и ПБИМ от КГ с помощью DI в DA. Получены три количественных критерия отличия ЭПС при ПИМ и ПБИМ.

0040

ИНФАРКТ У ЖЕНЩИН: РЕАЛЬНОСТЬ ТРАГЕДИИ

Аникин В.В., Николаева Т.О.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА Минздрава России, Тверь, Россия

Наблюдаемая в последние десятилетия тенденция к росту уровня заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда (ИМ) у женщин остается не до конца изученной.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения и развития осложнений, а также причин госпитальной летальностипри ИМ у женщин.

Проведено углубленное клинико-функциональное обследование 120 женщин (в возрасте от 36 до 74 лет, в среднем 56,1±1,9 года) и 50 мужчин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) (37-72 лет — 55,8±1,2 года). Группа женщин была разделена на две подгруппы: женщины с ОИМ до 60 лет и 60 лет и старше. Кроме этого, за 5-летний период проведен сравнительный анализ летальных случаев (107 женщин и 89 мужчин) от ИМ по данным кардиологического и патологоанатомического отделений ГБУЗ ГКБ № 7 г. Твери.

Тяжесть течения ОИМ у женщин по сравнению с мужчинами нарастала с возрастом. Так, острая сердечная недостаточность II и III степени (по Killip) встречалась у женщин старшего возраста в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин. Значительно чаще у женщин выявлялась ранняя постинфарктная стенокардия ($p<0,01$).Особенно тяжело ИМ протекал у женщин с сахарным диабетом (СД). Так, частота встречаемости ранней постинфарктной стенокардии при наличии СД возрастала в 1,7 раза ужеу женщин моложе 60 лет.Более того, у всех больных с СД чаще развивалась недостаточность кровообращения NYHAII степени и выше по сравнению с больными ИМ без сопутствующего сахарного диабета($p<0,05$).

Уровень летальности за изученный период у женщин в 1,6 раза превышал таковой у мужчин ($p<0,001$). Существенно отметить, что различий по глубине и локализации ОИМ среди умерших мужчин и женщин не выявлялось. При этом выявлено, что среди выживших мужчин частота встречаемости Q-ИМ была в 1,3 раза больше, чем у женщин ($p<0,05$). Это может свидетельствовать о том, что увеличение зоны поражения при ИМ у женщин ведет к ухудшению прогноза в большей степени, чем у мужчин. Следует особо подчеркнуть, что развитию ИМ у умерших женщин по сравнению с мужчинами в 1,5 раза чаще предшествовали артериальная гипертония ($p<0,05$), в 1,5 раза — сахарный диабет ($p<0,05$) и в 6,5 раз — ожирение ($p<0,001$). В свою очередь определялась тенденция к большей частоте встречаемости предшествующей инфаркту миокарда стенокардии и ОНМК у умерших мужчин. Непосредственными причинами смерти (по результатам патолого-анатомических вскрытий) у женщинчаще являлись кардиогенный шок, разрывы миокарда и тромбоэмболия легочной

артерии, у мужчин — острая сердечно-сосудистая недостаточность и фибрилляция желудочков.

Таким образом, можно предположить, чтоболее выраженные нарушения внутрисердечной гемодинамики и активности миокарда, и, как следствие,большая частота осложненийи летальных исходов в развитииОИМ у женщин, особенно в возрасте старше 60 лет,по сравнению с мужчинами связано стяжелыми нарушениями коронарного кровообращения (макро- и микроциркуляции), возникающих на фоне таких составляющихметаболического синдрома каксахарный диабет, артериальная гипертензия и ожирение.

0041

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ И ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Аникин В.В., Беганская Н.С.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, Тверь

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ), как и ее кардиальный маркер пролапс митрального клапана(ПМК), является весьма распространенной патологией, встречающейся во врачебной практике. Достаточно часто больные с соединительнотканной дисплазией обращаются за медицинской помощью по поводу простудных заболеваний, хронических воспалительных процессов верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, что свидетельствует об имеющемся иммунном дисбалансе у лиц с ДСТ.

С целью выявления иммунологических нарушений при соединительнотканной дисплазии и ПМК проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование лиц с данной патологией, включавшее определение содержания сывороточных иммуноглобулинов A, M, G методом радиальной иммунодиффузии(«Имтек») и сывороточных цитокинов (интерлейкин-6, интерлейкин-10) с помощью иммуноферментного анализа («Цитокин»).Статистический анализ данных проводили с помощью компьютерных программ «MicrosoftExcelXP», «Statistica 6.1».

Оказалось, что у 17,7% больных имеется уменьшение уровня сывороточного иммуноглобулина А (Ig A) и у 8,1% сниженные значения иммуноглобулина М (Ig M). Кроме того, отмечено снижение среднего уровня Ig A и Ig M в сыворотке крови при ПМК по сравнению с контролем в 2,3 ($p<0,001$) и 1,4 ($p<0,001$) раза соответственно. Удалось проследить взаимозависимость снижения уровня сывороточных Ig A иIg M от частоты случаев инфекционных заболеваний (ОРВИ) в год и наличия очагов хронической инфекции у больных с ПМК. Обнаружено, что с учащением среднегодовой заболеваемости уменьшалось содержание в сыворотке крови Ig A ($r= — 0,3$) и IgM ($r= — 0,6$). При этом выявленный низкий средний уровень изучаемых фракций иммуноглобулинов в случае имеющейся хронической патологии верхних дыхательных путей и ЛОР-органов практически совпадает с таковыми при относительно высокой частоте ОРВИ.Полученные данныепозволяют предположить первичный характер изменений показателей гуморального иммунитета при ДСТ и ПМК, обусловливающих особенности клинических проявлений в виде частой инфекционной заболеваемости.При изучении цитокинового профиля у 38,7% обследованныхимелся повышенный уровень сывороточного противовоспалительного интерлейкина-10(ИЛ-10). В свою очередь, уровень изучаемого цитокина в сыворотке крови понижался с уменьшением частоты заболеваемости ОРВИ.Вероятно, повышенный уровень ИЛ-10 в данной ситуации носит приспособительный характер и свидетельствует о тенденции регуляторных ресурсов организма к подавлению инфекционного воспалительногопроцесса.

Таким образом, выявленные особенности иммунологических нарушений при ДСТ и ПМК существенно дополняют известные клинические проявления и позволяют сформировать определенную тактику диагностики и лечения, обеспечив наиболее оптимальное оказание медицинской помощи этим больным.

0042

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Е.В. Анисимова, А.Н. Закирова, Л.М. Жамалов, Е.Н. Ермолаев.

Кафедра клинической кардиологии, БГМУ, г. Уфа, Россия

Цель работы: оценить выраженность атеросклеротического процесса в зависимости от степени кальциноза коронарных артерий (КА) по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов в возрасте от 44 до 80 лет, из них 50% мужчин и 50% женщин, со стабильной стенокардией II и III функционального класса в сочетании с артериальной гипертонией. При обследовании пациентов изучали жалобы, анамнез, наличие факторов риска, проводили физикальное обследование, определяли показатели роста и веса, оценивали липидный спектр. Выраженность кальциноза КА определяли с помощью МСКТ по методу Agatston с определением кальциевого индекса (КИ). Все больные были разделены на 5 групп (гр.) в зависимости от величины КИ.

Результаты и обсуждение. Было выявлено, что частота обызвествления КА нарастает с возрастом. Ожирение наблюдались у 22 обследуемых (73%), преимущественно у женщин. Отягощенная наследственность отмечена у больных всех групп и установлена у 70% пациентов (21 человек). Курящие больные составили 10% от общего количества обследуемых; показатели холестерина и его атерогенных фракций у них были сопоставимы с группой некурящих пациентов. По мере прогрессирования степени коронарного кальциноза отмечено возрастание средних уровней общего холестерина (от 5,32±1,01 ммоль/л в гр. очень низкого КИ, до 5,73±0,29 ммоль/л в гр. очень высокого КИ) и средних уровней холестерина липопротеидов низкой плотности (от 2,63±0,89 ммоль/л в гр. очень низкого КИ, до 2,93±0,98 ммоль/л в гр. очень высокого КИ). При оценке состояния коронарного русла установлено, что реже всего стенозы КА встречались в группе пациентов с низким и очень низким КИ (в 4-х случаях из 12, из них гемодинамически значимые стенозы были у 2-х больных). Максимальное количество стенозированных КА выявили в группах высокого и очень высокого КИ, при этом гемодинамически значимые сужения КА наблюдались у всех больных. Наибольшее количество сегментов КА, пораженных атеросклеротическим процессом, зарегистрировано у пациентов с высоким КИ (от 4 до 6 сегментов у каждого больного). В группе пациентов с очень высоким КИ количество стенозированных сегментов КА было меньше (от 2 до 4 у каждого больного). Вероятно, это связано с тем, что средний возраст больных с высоким КИ был выше, чем у пациентов с очень высоким КИ (68±5,6 лет и 63±7,4 года соответственно).

Выводы. Выраженность коронарного кальциноза ассоциируется с увеличением степени стенозирующего поражения коронарного русла и зависит от возраста. МСКТ как информативный метод оценки коронарного атеросклероза может быть использован в скрининге ишемической болезни сердца в амбулаторной практике.

0043

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН СО СКРЫТОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Пырикова Н.В., Зальцман А.Г.*, Лобанова Н.А.*, Бондарева Ю.Б.*

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, НУЗ ОКБ на ст. Барнаул*, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить особенности ремоделирования левого желудочка при маскированной гипертонии (изолированной амбулаторной артериальной гипертонии) у мужчин с профессиональным стрессом.

В исследование были включены 329 мужчин, средний возраст 41,2±2,4 лет, по результатам мониторирования артерильного давления (АД) в рабочие и выходные часы пациенты были распределены на 2 группы: в 1-ую были включены 197 человек со скрытой гипертонией на рабочем месте, имеющие повышенные значения АД при суточном мониторировании на рабочем месте и нормальные показатели офисного АД, во 2-ую — 132 мужчины с повышенным офисным АД.

При изучении показателей ЭхоКГ у больных 1-ой группы отмечен меньший конечный диастолический размер на 3,8% (p=0,04), больший индекс массы миокарда левого желудочка на 9,1% (p=0,001), чем во 2-ой. У

больных 1-ой группы по сравнению со 2-ой отмечена меньшая скорость раннего пика Е на 9,5% (p=0,001) и большая скорость предсердного пика А на 19,1% (p=0,001), сниженное отношение Е/А на 33,3% (p=0,001), а также больший размер левого предсердия на 5,0% (p=0,01). Нарушение диастолической функции I типа было выявлено у 147 (74,6%) и 79 (59,8%) больных 1-ой и 2-ой групп соответственно. Таким образом, диастолическая дисфункция наблюдалась чаще на 14,8% (χ^2=8,0; p=0,005) у лиц с АГрм, чем во 2-ой группе.

Гипертрофия левого желудочка была выявлена у 75 (38,1%) и 37 (28,1%) больных 1-ой и 2-ой групп соответственно, то есть частота ее была сопоставима. У пациентов 1-ой группы нормальная геометрия (НГ) ЛЖ определена у 72 (36,5%) больных, концентрическое ремоделирование (КР) — у 50 (25,4%), концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ) — у 48 (24,4%), эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) — у 27 (13,7%) пациентов. Среди лиц 2-ой группы нормальная геометрия ЛЖ имелась у 59 (44,7%) больных, концентрическое ремоделирование — у 36 (27,3%), концентрическая ГЛЖ — у 16 (12,1%), эксцентрическая ГЛЖ — у 21 (15,9%) пациентов. Таким образом, концентрическая ГЛЖ встречалась у больных с АГрм чаще на 12,3% (χ^2=7,9; p=0,05)

Таким образом, повышение среднего суточного артериального давления во время рабочей смены у больных со скрытой артериальной гипертонией уже приводит к появлению признаков ремоделирования левого желудочка: нарушению диастолической функции и гипертрофии левого желудочка.

0044

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Антропова О.Н., Гервас А.А., Осипова И.В., Батанина И.А.*, Бондарева Ю.Б.*

ГБОУ ВПО Алтайский Государственный Медицинский Университет Министерства здравоохранения России, НУЗ ОКБ на станции Барнаул*, Барнаул

Цель данной работы изучить особенности факторов риска сердечно- сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин с неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследованы 45 мужчин с избыточной массой тела и ожирением, в возрасте от 20 до 60 лет. Все пациенты разделены на 2 группы сопоставимые по возрасту: 1-ая группа — пациенты имеющие НАЖБП (29 человек, средний возраст 49,1±1,51 лет), 2-ая группа — пациенты без НАЖБП (16 человек, средний возраст 48,8±1,98 лет). Проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), офисного артериального давления (АД), общего холестерина (ОХ) и его фракций, глюкозы крови натощак, оценка размеров печени по УЗИ внутренних органов, оценка суммарного коронарного риска по шкале SCORE.

Результаты. В группе с НАЖБП диагноз стеатоз имели 79,3% пациентов, стеатогепатит — 20,7%. Среднее значение ИМТ в 1-ой группе составило 31,72±0,81 кг/м^2, во 2-ой — 29,62±1,04 кг/м^2. Ожирение I-II степени встречалось у 48,3% и 37,6% пациентов в 1-ой и 2-ой группах, ожирение III степени у 6,9% мужчин 1-ой группы, среди пациентов 2-ой группы не встречалось. Нерегулярное питание имели 79,3% и 56,3% пациентов, снижение физической активности 44,8% и 12,5% лиц в 1-ой и 2-ой группах соответственно. Артериальная гипертония была диагностирована у 93,1% и 93,8% мужчин в 1-ой и 2-ой группах. Среднее значение САД пациентов 1-ой группы составило 139,5±2,87 мм.рт.ст., что на 7 мм.рт.ст. больше, чем во 2-ой группе. Нарушения углеводного обмена у пациентов, имеющих НАЖБП имелось в 72,4% случаев, у пациентов, не имеющих данной патологии в 50,0%. Из них сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) в обеих группах имели 41,3% и 12,6% исследуемых соответственно. Распространенность нарушений липидного обмена в обеих группах значимо не различалась и была на высоком уровне — 82,8% в 1-ой и 81,3% во 2-ой группе. У пациентов с НАЖБП в 1,5 раза чаще, чем среди пациентов группы сравнения наблюдалась гипертриглицеридемия — 65,5%. Среднее значение суммарного коронарного риска по шкале SCORE составило 3,90±0,44 и 3,09±0,68 в 1-ой и 2-ой группах соответственно.

Выводы. У мужчин с неалкогольной жировой болезнью печени и повышенным ИМТ, по сравнению с лицам только с избыточной массой тела, выявлены тенденции к большей встречаемости ряда факторов риска: нерационального питания, гиподинамии, нарушения углеводного (в том числе сахарного диабета) и липидного обменов, что реализуется большим суммарным коронарным риском по SCORE.

0045

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЭРЕКЦИИ.

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

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт урологии» Министерства здравоохранения России, г. Москва, Российская Федерация.

Актуальность. Основными причинами смерти взрослых мужчин являются инфаркт миокарда и ишемический инсульт. По данным множества исследований время от возникновения ЭД до появления жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы составляет 2-3 а до сосудистой катастрофы (инфаркт миокарда или инсульт) — 3-5 лет. Причем наибольшая прогностическая ценность ЭД как маркера сосудистой патологии проявляется при возрасте пациентов 40-59 лет.

Цель работы. Установить взаимосвязь ЭД и соматических заболеваний, а также повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий среди мужчин с нарушениями эрекции за счет использования ЭД в качестве раннего маркера сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Всего обследовано 120 мужчин с жалобами на ЭД. Всем пациентам выполнялось анкетирование по шкале МИЭФ, измерялась окружность талии, АД, проводился биохимический анализ крови и гормональный анализ крови, фармакодопплерография сосудов полового члена. Также было выполнено исследование системной эндотелиальной функции.

Результаты. Средний возраст пациентов составил (42,6±6,8 лет). У пациентов с ЭД встречаемость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний составила: дислипидемия — 62%, артериальная гипертензия — 42%, абдоминальное ожирение — 34%, инсулинорезистентность — 18%. У пациентов без сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, ЭД легкой степени встречалась в 23% случаев, умеренная ЭД в 36%, средняя — у 26% пациентов, тяжелая ЭД — у 15%. Для пациентов с ССЗ эти цифры составили: 18%, 30%, 28% и 24%, соответственно. Также было проведено изучение ассоциации показателей индекса реактивной гиперемии с результатами биохимического анализа крови и скоростных характеристик пенильного кровотока. Получена высокая степень связи с повышенным уровнем глюкозы крови более 6,0 ммоль/л (r = 0,75), умеренная с окружностью талии более 94 см (r = 0,65), возрастом (r = 0,63), повышением триглицеридов (r = 0,6), снижением уровня ЛПВП (r = 0,5), повышением ЛПНП (r = 0,48), снижением числа баллов по шкале МИЭФ (r = 0,45), низкая степень связи выявлена с пониженной PSV (r = 0,3), низким IR (r = 0,28), EDV (r = 0,2), повышением АД › 130 мм рт.ст. (r = 0,2), временем сохранения кровотока по ГДВ › 15 минут (r = 0,1).

Выводы. Таким образом, доказано, что ЭД является ранним маркером соматических заболеваний у мужчин. Эти данные должны быть использованы в качестве инструмента профилактики преждевременной смертности от устранимых причин.

0046

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Арингазина Р.А., Беккужина Н.А., Шарипова Г.М.

ЗКГМУ имени М. Оспанова, Каргалинская городская больница, ГП № 1, Актобе, Республика Казахстан

Цель исследования: изучение антиангинальной и антиишемической эффективности небиволола у больных со стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы: в исследование включено 25 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), имевших клиническую картину стабильной стенокардии напряжения и не имевших противопоказаний к применению бета-адреноблокаторов. У всех больных наблюдались типичные картины приступа стенокардии. В среднем от 10 до 30 приступов стенокардии в неделю при II ФК. Полное обследование на 1-визите — до лечения и через 2 месяца от начала лечения и включало ЭКГ, ЭКГ — холтер, Эхо-КГ, клиническую оценку эффективности (на визите через 2 месяца). После контрольного периода длительностью 5-7 дней, всем больным был назначен небиволол в начальной суточной дозе 5 мг 1 раз в день. Длительность лечения составляла 8 недель. Эффективность лечения оценивалась по результатам клинического, инструментального исследования. Приводилась статистическая обработка материала.

Результаты: средний возраст составил 53,7±8,6 лет. При оценке клинической эффективности препарата до лечения наблюдалось от 10 до 30 приступов в неделю. После лечения частота приступов уменьшилась до 2-10 раз в неделю и составила в среднем 2,8±0,9. Полного исчезновения не было ни у одного больного. Эффект оценивали как удовлетворительный (число приступов менее 10 в неделю) у 17 больных (68,0%) и неудовлетворительный (10 приступов в неделю) у 8 (32,0%). Доза 5 мг/сутки оказалась адекватной у 17 больных. У 8 больных доза препарата была увеличена до 7,5 мг/сутки. Артериальное давление: систолическое/диастолическое составило: 140,1±2,2/90±1,6 мм.рт.ст. САД снижалось на 10-20 мм.рт.ст. и при этом не было более 120 мм.рт.ст. (14,2%). ДАД — на 5-10 мм.рт.ст. и было не ниже 80 мм.рт.ст. (11,1%). До лечения ЧСС — 70,5±2,6 в 1 минуту, после лечения ЧСС статистически достоверно уряжалось до 64,3±1,4 в 1 минуту ($p<0,05$). Среднее смещение сегмента ST статистически достоверно уменьшилось от 1,84±1,3 мм до 1,3±0,17 мм ($p<0,05$). По данным суточного мониторирования ЭКГ наблюдалось уменьшение количество эпизодов «немой» ишемии миокарда. ЭхоКГ внутрисердечная гемодинамика не изменилась. Уровень глюкозы в среднем составил 4,2±2,2 ммоль/л, холестерина — 6,7±0,8 ммоль/л. Побочные действия препарата не наблюдались.

Заключение. Небиволол является эффективным антиангинальным и антиишемическим препаратом для лечения больных со стабильной стенокардией напряжения.

0047

КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ ВАРФАРИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ЧАСТЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Аркадьева Г.В., Бурлова Е.С., Кривцова Н.В., Кулагина Н.П., Радзевич А.Э.

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова», ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ, Москва, Россия

Цель: оценить клиническую эффективность длительной терапии варфарином в комбинации с амиодароном у больных с частыми пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП): их влияние на клинические исходы, частоту возникновения побочных действий.

Материалы и методы: под наблюдением было 59 больных с ФП. Средний возраст составил 63,1 года. Варфарин назначали с поддерживающих доз — 2,5-5 мг один раз в день в фиксированное время после еды под контролем МНО. Лечение амиодароном начиналось с насыщения препаратом в дозе 600-800мг/сут в течение 3-5 дней, далее продолжалось в поддерживающей дозе 200мг/сут. Перед началом лечения проводилось ЭКГ, ЭХО-КГ, определение уровня калия в сыворотке крови, исследование функции щитовидной железы (УЗИ, гормоны — Т3, Т4св и ТТГ в плазме крови). Оценивали противопоказания, факторы, влияющие на колебания антикоагулянтного эффекта.

Результаты: средняя доза варфарина при комбинации с амиодароном составила 1,25-3,75 мг/сут, уровень антикоагуляции — МНО 1,8-2.0. У 89% больных МНО регистрировалось в терапевтическом диапазоне, у 11% МНО было ‹1,6. У 12,1% больных отмечалось бессимптомное повышение МНО›4,0, потребовавшее коррекции терапии. Причиной неустойчивости антикоагулянтного ответа на прием варфарина является его взаимодействие с амиодароном, так как он также метаболизируется системой цитохрома Р 450, поэтому комбинация варфарина с амиодароном приводит к его замедленному метаболизму и появлению его высокой концентрации в крови при приеме в обычных дозах, что повышает риск развития побочных реакций. При совместном назначении варфарина и амиодарона доза антикоагулянта должна быть снижена: на 40% — 400мг/сут, на 35% — 300мг/сут, на 30% — 200мг/сут, на 25% — 100мг/сут. Частота всех геморрагических осложнений составила 8,4% в год, из них больших — 1,7%.

Выводы: амиодарон в комбинации с варфарином следует назначать с осторожностью, так как усиление эффекта гипокоагуляции с повышенным риском кровотечений требует необходимость более частого контроля уровня МНО и коррекции доз варфарина в период лечения амиодароном и после отмены препарата (кордарон имеет большой период полувыведения). Результаты длительной комбинированной терапии показали клиническую эффективность и безопасность в половинных дозах амиодарона и варфарина — снижение частоты и тяжести побочных реакций.

0048

ОЦЕНКА РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЙ И ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Аркадьева Г.В., Бурлова Е.С., Кривцова Н.В.

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова», ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ, Москва, Россия

Цель: оценка риска тромбоэмболий (ТЭ) и транзиторных ишемических атак (ТИА) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) для оптимизации комплексного лечения, включающего оральные антикоагулянты (ОАК) с целью их профилактики.

Материалы и методы: оценка риска ТЭ и ТИА у пациентов с ФП неклапанной этиологии по показателям чреспищеводной эхокардиографии (ЧП ЭХОКГ), позволяющим оценивать наличие и вероятность тромбов в левом предсердии (ЛП), проводилась у 39 пациентов, которые относились к высокому риску в соответствии с классификациями стратификации риска инсульта. Количественным отражением состояния гемодинамики ЛП являлась пиковая скорость кровотока. В зависимости от длительности существования ФП пациентов разделили на группы высокого риска: пароксизмальная ФП (n=16) и постоянная форма ФП (n=23), средний возраст составил 62,9±10,2 и 64,7±12,6 лет соответственно.

Результаты: среди пациентов высокого риска ишемический инсульт и ТИА в анамнезе были у 48,3% пациентов, причем инсульт достоверно чаще отмечался при постоянной форме ФП. Размер ЛП при пароксизмальной ФП составил 44,8±3,1 мм, при постоянной форме ФП — 49,2±5,8, $p<0,05$. Среднее значение пиковой скорости кровотока было снижено у всех пациентов — 35,84±10,73 см/сек, при наличии тромбозов отмечены наименьшие значения — 25,00±2,40 см/сек ($p<0,001$). Внутрипредсердные тромбы были выявлены у 13 (33%) пациентов, эффект спонтанного эхоконтрастирования (СЭК) в 28% случаев. У больных с тромбом в ушке ЛП (УЛП) чаще отмечалась СН II ФК по NYHA. С тромбом в УЛП было связано не только снижение ФВ ЛЖ ниже 45%, но и имелась тенденция связи клинических предикторов тромбоэмболических осложнений (ТЭО) — возраст>65 лет, АГ, ТЭО в анамнезе, СН, СД. Выявлена более высокая частота встречаемости тромба в УЛП у больных, госпитализированных с длительностью ФП более 48 часов. Только 53,8% больных амбулаторно получали антиагреганты и 7,6% — ОАК. Через 4 нед. терапии варфарином у 11 (28%) пациентов с выявленным эффектом СЭК при повторной ЧП ЭХОКГ наблюдалось исчезновение СЭК. У 9 пациентов выявлен лизис тромба в ЛП, из них у 3-х тромб в ЛП сохранялся в течение 6 месяцев. Средний срок лизирования тромба составил 6,1 месяца. МНО у этих пациентов на протяжении всего наблюдения поддерживалось в терапевтическом диапазоне. Необходимый уровень значений МНО для лизирования тромба составил — 2,18-2,2 (недельная доза варфарина — 33,12-36,87мг).

Заключение: ЧП ЭХОКГ позволяет идентифицировать группу пациентов с ФП и высоким риском возникновения инсультов, выбирать оптимальную стратегию, особенно у больных с высоким риском геморрагических осложнений. Дополнительно к клинической оценке риска ТЭО показано назначение ОАК. Исчезновение эффекта СЭК на фоне терапии варфарином происходит в течение 4 недель, лизирование тромба ЛП наблюдается в 69% случаев.

0049

ВЛИЯНИЕ МИКАРДИСА НА ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Атаева З.Н., Кудаев М.Т., Казанбиев Н.К., Магомедов А.З., Ахмедова Д.А., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Каллаева А.И., Амбоян А.С., Алиева М.Г., Эзиляева М.Р., Махмудова Э.Р.

ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала, Россия

Цель: изучение гипотензивного эффекта антагониста рецепторов ангиотензина II типа 1 телмисартана (микардис, Boehringer Ingelheim) у больных артериальной гипертензией (АГ) и его влияния на центральную и внутрисердечную гемодинамику. Материал и методы: под наблюдением находились 19 больных (10 мужчин и 9 женщин) с АГ 1 степенью высоким и очень высоким общим сердечно-сосудистым риском в возрасте от 40 до 60 лет. Давность АГ от 3 до 15 лет. Микардис назначался в дозе 40 мг или 80 мг. В исследование включались больные АГ с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью, перенесенным инфарктом мио-

карда, диабетической нефропатией, протеинурией/микроальбуминурией, гипертрофией левого желудочка, мерцательной аритмией, сахарным диабетом, метаболическим синдромом, при кашле на фоне приема ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и при ускальзывающем эффекте ИАПФ при их длительном приеме. Оценивали гипотензивный эффект, наличие побочных эффектов, переносимость лечения, показатели центральной гемодинамики методом ЭХО-кардиографии (ЭХО-КГ), состояние углеводного, липидного, электролитного обменов, функции почек в исходе и через 1 месяц лечения микардисом. Результаты: при проведении острой лекарственной пробы отмечено снижение систолического артериального давления (АД) в среднем на 17,2%, диастолического АД — на 12,1%, среднего АД — на 14,2%, причем через 24 часа оставались такими же. К концу курса лечения систолического АД, диастолическое АД и среднее АД уменьшились соответственно на 22%, 19% и 20%. Снижение АД сопровождалось увеличением систолического индекса, снижением общего периферического сопротивления сосудов на 25%, и тенденцией к уменьшению как систолических, так и диастолических размеров и объемов левого желудочка. Переносимость микардиса была хорошей, показатели углеводного, липидного обменов, функции почек не изменились. Выводы: микардис является эффективным гипотензивным препаратом пролонгированного действия и может применяться в виде монотерапии при АГ 1-ой степени, оказывает благоприятное действие на гемодинамику, усиливая сократительную и насосную функцию левого желудочка и обеспечивает хороший профиль безопасности лечения пациентов с высоким общим сердечно-сосудистым риском осложнений.

0050

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Атьков О.Ю., Кудряшов Ю.Ю., Прохоров А.А.

ОАО «РЖД», Москва, Россия

ООО НПП «Волготех», Саратов, Россия

Принятие решений в медицине — ответственный процесс, от которого зависит эффективность и качество медицинской помощи. В этой связи задача информационных технологий состоит в своевременной и всесторонней информационной и экспертной поддержке врача для принятия таких решений.

Цель: разработка компьютерной системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) для кардиологического стационара с целью оптимизации лечебно-диагностического процесса и минимизации врачебных ошибок.

Материал и методы. Концепцией развития информационной системы (ИС) «Кардинет-онлайн» (НПП «Волготех», г. Саратов) предусмотрено создание СППВР совместно с электронной историей болезни (ЭИБ) в рамках отдельного направления развития ИС. В качестве экспертной базы знаний использованы Российские рекомендации по основным сердечно-сосудистым заболеваниям; информационно-справочным наполнением служит справочник лекарственных препаратов Видаль. В основу работы СППВР положен принцип соответствия врачебного выбора основным положениям национальных клинических рекомендаций, т.е. доказательная обоснованность решения.

Результаты. Разработанная СППВР предусматривает поддержку на различных этапах диагностики и лечебных назначений, не нарушая традиционного процесса принятия врачебного решения. Повышение эффективности решений достигается путем минимизации врачебных ошибок, связанных с оценкой клинического статуса пациента, наличием противопоказаний при назначении исследований и лекарственной терапии, дозировкой препаратов или невыполнением назначений. СППВР работает как экспертная система, поскольку в основе ее заложено согласование клинико-диагностической модели, создаваемой врачом, с существующей в базе знаний экспертной моделью стандартной клинической ситуации. Особенность системы в том, что она работает с конкретным пациентом, анализируя и дополняя данные его ЭИБ и обеспечивает информационно-справочное сопровождение структурных элементов каждого этапа лечебно-диагностического процесса для данного пациента.

Практическая минимизация врачебных ошибок основана на оперативном обеспечении врача: а) всеми данными электронной истории болезни; б) регламентами диагностики и лечения пациента и контролем их исполнения; в) клиническими рекомендациями и рекомендациями по обеспечению безопасности пациента к каждому мероприятию; г) возможностью просмотра списка синонимов назначаемых препаратов и аннотаций к ним; д) автоматическим контролем совместимости назначаемого препарата с другими принимаемыми лекарствами, с текущим статусом ряда физиологических параметров пациента и с наличием сопутствующих заболеваний.

Выводы. В настоящий момент разработанная СППВР работает в двух клиниках г. Саратова. Система удобна в работе и предоставляет реальную возможность минимизации врачебных ошибок, способствуя эффективному внедрению доказательных знаний в повседневную клиническую практику.

0051

ДИНАМИКА СТРУКТУРНЫХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Афанасьева Н.Л., Пекарский С.Е., Мордовин В.Ф., Семке Г.В., Ситкова Е.С., Усов В.Ю.

ГУ НИИ кардиологии СО РАМН, г. Томск, Россия

Транскатетерная радиочастотная симпатическая денервация почек (ТРСДП) новый метод лечения резистентной АГ. Остается неизученной динамика изменений головного мозга на фоне снижения АД под влиянием ТРСДП.

Цель работы. Изучить динамику показателей СМАД и структурных признаков гипертензивной дисциркуляторной энцефалопатии (ГДЭ) после ТРСДП у пациентов с резистентной АГ.

Материал и методы. Стандартное исследование эффективности и безопасности с периодом наблюдения 6 месяцев. Критерии включения: 1) возраст 18-80 лет, 2) диагноз эссенциальной АГ по данным расширенного обследования, 3) АД › 160/100 на фоне постоянного приема трех и более гипотензивных препаратов, 4) письменное информированное согласие. Процедура ТРСДП проводилась билатерально, для ее проведения была использована стандартная система РЧА проводящих путей сердца, позволяющая выполнять РЧ воздействия со следующими параметрами: РЧ генератор ATAKR II и аблационный катетер малого диаметра MarinR 5F, с помощью которого последовательно выполнялись 4-8 точечных аппликаций РЧ энергии на верхнюю, нижнюю переднюю и заднюю стенки ПА в режиме контроля температуры не выше 60 С, максимальной мощностью 8 ватт, длительностью каждой аблации 2 мин. Эффективность метода оценивалась по величине снижения АД при офисных измерениях и СМАД через 6 мес. после вмешательства. МРТ головного мозга выполнялась при исходном обследовании и через 6 мес. после ТРСДП на аппарате «Magnetom-OPEN» («Siemens AG», Германия), имеющем резистивный магнит с силой магнитного поля 0,2 Тесла.

На момент анализа ТРСДП была выполнена 45 пациентам. У 15 пациентов (6 мужчин, 9 женщин в возрасте 53,4+/-9,7) изучены структурные изменения головного мозга по данным МРТ головного мозга до и после ТРСДП.

Результаты. Через 6 месяцев после ТРСДП обнаружено выраженное снижение офисного АД (-34,8/-17,2 p‹0,00001/0,00001), средне-суточного АД по данным СМАД (-11,1/-7,1 p‹0,001/0,001). На фоне значительного снижения АД после ТРСДП не было отрицательной динамики МРТ признаков ГДЭ. Отмечалось уменьшение линейных размеров боковых желудочков (справа с 1,28 до 1,12 см, p=0,003; слева с 1,24 до 1,1 см, p=0,01), субарахноидальных пространств (в затылочной области-с 0,26 до 0,2 см, p = 0,010; в теменной области-с 0,39 до 0,32 см, p = 0,037), III желудочка (с 2,28 до 1,98 см, p=0,036), уменьшился объем ликвора в боковых желудочках мозга (с 31,28 до 29,6 см3, p=0,032). Обнаружена положительная корреляция между динамикой ночного САД и динамикой объема ликвора в боковых желудочках (R=0,89, p=0,000), между динамикой дневного САД и динамикой линейных размеров субарахноидальных пространств (R=0,67, p=0,023).

Выводы. ТРСДП является безопасным и эффективным методом снижения АД у пациентов с резистентной гипертензией. По результатам долгосрочного наблюдения после ТРСДП обнаружена положительная динамика МРТ признаков, характеризующие ликвородинамику.

0052

СВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И СТРУКТУРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Афанасьева Н.Л., Пекарский С.Е., Мордовин В.Ф., Семке Г.В., Ситкова Е.С., Лукьяненок П.И.

ГУ НИИ кардиологии СО РАМН, г. Томск, Россия

У значительной части пациентов с резистентной АГ отмечаются осложненные формы цереброваскулярных заболеваний — ишемический/геморрагический инсульт и транзиторная ишемическая атака. Часто развитию инсульта длительно предшествует неуклонно прогрессирующее поражение вещества головного мозга, связанное с плохо контролируемым повышением АД, обуславливающим дефицит кровообращения в мозговых сосудах,-дисциркуляторная (атеросклеротическая или гипертензивная) энцефалопатия. Остаются неизученными механизмы формирования структурных изменений головного мозга у пациентов с АГ. Повышенная жесткость сосудистой способствуют повреждению эндотелия и значительно ускоряет развитие атеросклероза, способствует прогрессированию АГ и развитию ее осложнений.

Цель. Изучение связи жесткости сосудистой стенки и структурных признаков гипертензивной дисциркуляторной энцефалопатии (ГДЭ) у больных резистентной АГ.

Методы. Были включены 25 пациентов с резистентной АГ (средний возраст 56,4 ± 7,1 лет). МРТ головного мозга выполнялась на аппарате «Magnetom-OPEN» («Siemens AG», Германия), имеющем резистивный магнит с силой магнитного поля 0,2 Тесла. Оценка ремоделирования сосудов проводилась с использованием прибора объемной сфигмографии VaSera VS-1000 (Fucuda Denshi, Япония).

Результаты. У 50% пациентов CAVI R› 9 м/сек, у 50% пациентов LCAVI› 9 м/сек. У 92% пациентов R ABI ‹1,3, у 100% пациентов L ABI ‹1,3, у 33% пациентов R ABI ‹0,9, у 25% пациентов L ABI ‹0,9. Была обнаружена корреляционная связь между L CAVI и показателями САД (с суточным САД R = 0,89, p =0,044; с ИВ суточного САД R=0,88, p=0,048; с дневным САД R=0,97, p=0,007; с ИВ дневного САД R=0,90, p=0,035). Выявлена связь между ABI и линейными размерами субарахноидальных пространств в затылочной области (R ABI R =-0,72, p=0,001; L ABI R =-0,72, p=0,001), между степенью выраженности ишемических поражений в базальных ганглиях и показателями жесткости сосудов (R ABI R=-0,53, p=0,023; L CAVI R=0,53, p=0,047). Обнаружена связь между перивентрикулярной гиперинтенсивностью над передними рогами (R ABI R =-0,637, p=0,011; L ABI R =-0,647, p=0,009) и задними рогами боковых желудочков (R ABI R =-0,518, p=0,048 , L ABI R=-0534, p=0,040) и показателями сосудистой жесткости.

Выводы. У больных с резистентной АГ повышенная жесткость сосудистой стенки связана с увеличением линейных размеров субарахноидальных пространств, перивентрикулярной гиперинтенсивностью сигнала.

0053

СВЯЗЬ ЛИПОПРОТЕИДА(А) И АУТОАНТИТЕЛ К ЛИПОПРОТЕИДУ(А) С НАЛИЧИЕМ И ТЯЖЕСТЬЮ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Афанасьева О.И., Клесарева Е.А., Дмитриева О.А., Ежов М.В., Егорова Л.А., Покровский С.Н.

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

Цель. Исследовать связь липопротеида(а) [Лп(а)] и аутоантител к Лп(а) с наличием и тяжестью коронарного атеросклероза магистральных артерий у мужчин среднего возрасти.

Методы исследования. В исследование было включено 100 мужчин, с клиническими показаниями для проведения коронарной ангиографии, по результатам которой 18 пациентов с интактными артериями составили группу контроля. Коронарный атеросклероз был верифицирован у 82 больных, по наличию стеноза более 50% по диаметру в одной или более магистральных артериях (основная группа). Возраст больных варьировался от 33 до 82 лет (средний возраст 58±10 лет). Концентрации общего холестерина и фракции липопротеидов определяли ферментативным методом коммерческими наборами «Biocon» (Германия), Лп(а) с использованием иммуноферментного анализа (Афанасьева О.И. и соавт., 1995). Уровень аутоантител к Лп(а) выражали в условных единицах (у.е.) и определяли методом иммуноферментного анализа, для чего на пластик иммобилизовали препарат Лп(а), затем наносили образцы исследуемых сывороток разведенных в 20

раз. В качестве проявляющих антител использовали IgG кролика к IgG человека конъюгированные с пероксидазой. Выделение липопротеидов из плазмы крови человека проводили методом ультрацентифугирования в ступенчатом градиенте плотности NaBr с последующей гель-фильтрацией (Афанасьева О.И. и соавт., 1992).

Результаты. Больные основной группы были несколько старше пациентов контрольной группы (58,4±9,5 и 53,2±8,1 лет, соответственно), тогда как по показателям липидного спектра достоверных отличий выявлено не было. Уровень Лп(а) в группе больных с коронарным атеросклерозом был достоверно выше (медиана 19,0 мг/дл (95% ДИ 12,9 — 27,3 мг/дл), чем в контрольной группе (10,2 мг/дл (4,5-18,3 мг/дл), p=0,05. Содержание аутоантител к Лп(а) также было повышенным у больных с верифицированным коронарным атеросклерозом (0,264±0,188 у.е. и 0,187±0,059 у.е., соответственно, p=0,003). Корреляционный анализ показал достоверную связь между концентрацией Лп(а) и наличием у пациентов значимых поражений хотя бы в одной коронарной артерии (r=0,20 p=0,05), а уровень аутоантител к Лп(а) коррелировал с количеством пораженных артерий (r=0,27 p=0,008). Среднее содержание аутоантител в подгруппах больных с одно- (n=20), двух- (n=25) и трех- (n=35) сосудистым поражением составил 0,18±0,01 у.е., 0,21±0,11 у.е. и 0,24±0,10 у.е., соответственно (p<0,05 при сравнении групп с поражением 1 и 3 сосудов). По данным многофакторного регрессионного анализа с включением в модель возраста, параметров липидного спектра, Лп(а) и аутоантител к Лп(а) в группе обследованных пациентов только возраст и уровень аутоантител к Лп(а) были достоверно связаны с тяжестью коронарного атеросклероза (r=0,30, p=0,001 и r=0,29, p=0,01, соответственно).

Выводы. Концентрация Лп(а), также как и повышенный титр аутоантител к Лп(а) связаны с наличием и степенью тяжести коронарного атеросклероза у мужчин среднего возраста.

0054

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЭНТЕРОСАН» ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПРОЦЕССОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Ахмедова Д.А., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Магомедов А.З., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Алиева М.Г., Эзиляева М.Р., Махмудова Э.Р. ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала, Россия

Цель: оценить эффективность препарата «Энтеросан» при нарушениях процессов пищеварения в кишечнике у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с высокой степенью личностной тревожности.

Методы исследования: наблюдались больные 28 человек с ИБС (стенокардия напряжения стабильная ф. кл. I-III) с высокой степенью личностной тревожности, в клинической картине которых имелись проявления нарушения процессов пищеварения в кишечнике (колодискинезии по гипотоническому типу, дисбактериоз I-II ст., боли в животе, урчание, вздутие и болезненность при пальпации). Всем больным помимо традиционной терапии (коронарорасширяющие, антиагреганты, кардиопротекторы) назначался энтеросан в дозе 1 капсула (0,3 г высушенной гомогенизированной массы покровной пластины желудка птиц) 3 раза в день за 10-15 минут до еды. Курс лечения — 1 месяц.

В ходе лечения оценивалась динамика клинических симптомов, результатов лабораторно-инструментального исследования (рентгеноскопия, УЗИ кишечника, клинический и биохимический анализ крови, копроскопия и исследование кала на дисбактериоз). Для оценки качества жизни (КЖ) и психоэмоционального статуса использовали стандартный опросник. По 5-балльным рейтинговым шкалам оценивалась выраженность субъективной симптоматики (раздражительность, нервозность, утомляемость, чувство тревоги и т.д.). У всех обследованных наблюдались клинически значимые проявления ситуационной тревожности (СТ).

Полученные результаты: Отмечена положительная динамики у 24 больных, уменьшение болей и кишечной диспепсии на 8-9 день лечения, нормализация частоты стула и микропейзажа кишечника к концу лечения. Однако у 4-х больных сохранялись изменения кишечной флоры при микробиологическом исследовании. Энтеросан хорошо переносился всеми больными, побочных действий не было. В 80% случаев исчезли клинические проявления СТ, а в 20% наблюдались субклинические проявления СТ.

Выводы: больным с ИБС с высокой степенью личностной тревожности и сопутствующим нарушением процессов пищеварения в кишечнике можно рекомендовать энтеросан как средство для устранения этих нарушений и улучшения КЖ.

0055

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЛИГВОНА И СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС

***Ахмедова Ш.С., *Хашимов Ш.У., *Шек А.Б., *Тригулова Р.Х., **Шамьянов И.Д.**

***Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан**

****Институт Химии растительных веществ АН РУз, Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования — сравнительная оценка гиполипидемической активности симвастатина и отечественного препарата олигвон (леукомизин) у больных ИБС с дестабилизацией стенокардии.

Методы исследования. Обследовано 64 пациента с нестабильной стенокардией (НС), в возрасте 56,9±7,1 лет, ОИМ в анамнезе — 54,07%, ГБ в 69,2% случаев. Первую группу (I-C) составили 22 пациента принимавших симвастатин, вторую (II-L) — 30 больных принимавших симвастатин в период дестабилизации, и к 7 дню переведенных на прием леукомизина, третью (III-C+L) — 12 больных комбинированное назначение препаратов. Исследование включало: стационарный этап (9-10 дней) и этапы амбулаторного наблюдения до 6 месяцев. Оценивались клинико-гемодинамические, биохимические показатели, с определением содержания липидов, аполипопротеинов A-I, B, которые определяли на биохимическом автоанализаторе «Daytona» (RANDOX). Базисная терапия включала: антикоагулянты, антиагреганты, бета-адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины (100%), затем — 59,2% — леукомизин.

Полученные результаты. Больные во всех группах были сопоставимы по возрасту, уровню АД, длительности и клиническому течению заболевания. При анализе показателей липидного профиля у больных I-C группы, наблюдалась статистически достоверная коррекция липидного спектра по 4 показателям: ОХС ($P<0,001$), ХС ЛПНП ($P<0,001$), ХС ЛПОНП ($P<0,05$), и ТГ ($P<0,05$). Тогда как у пациентов II-L группы аналогичные изменения не были зарегистрированы ни по одному из анализируемых параметров липидного профиля ($P>0,05$). В группе комбинированной терапии зарегистрирована положительная гиполипидемическая динамика в плане снижения показателей ОХС ($P<0,05$), ХС ЛПНП ($P<0,05$), и тенденция к повышению ХС ЛПВП. У обследованных нами больных наблюдались следующие изменения белков, участвующих в липидном обмене. Оценка соотношения АпоВ/АпоА в подгруппах I-C и II-L не претерпевала изменений на фоне принимаемой терапии. Во подгруппе III-C+L при отсутствии эффекта проводимой терапии на параметры Апо-В (89,0±52,3 114,5±54,4 мг/дл; и АпоВ/АпоА (0,5±0,3 0,6±0,4 отн. Ед), зарегистрировано статистически значимое повышение уровня апо-А до 190,5±21,9 мг/дл, с 162,5±6,4 мг/дл ($P<0,05$).

Выводы. Таким образом, отмечено достоверное повышение антиатерогенных показателей: уровня апо- А ($P<0,05$) и тенденция к увеличению концентрации холестерина липопротеидов высокой плотности, что указывает на преимущество комбинированного применения олигвона и симвастатина и заслуживает дальнейшего углублённого изучения.

0056

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН В ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ацель Е.А.

ГБОУ ДПО «КГМА Минздрава России», г. Казань

В ходе настоящего исследования были решены следующие задачи:

1. Оценить компетентность врачей в подходах к оказанию медицинской помощи при хронической сердечной недостаточности.

2. Разработать комплекс образовательных программ для врачей, оказывающих медицинскую помощь пациентам с хронической сердечной недостаточностью.

3. Оценить эффективность разработанного комплекса образовательных программ, реализованных в практическом здравоохранении.

Материал и методы исследований: с целью определения компетентности врачей в подходах к оказанию ме-

дицинской помощи при хронической сердечной недостаточности был проведен социологический опрос 348 респондентов, представленных врачами общей практики, терапевтами, кардиологами, за период 2006-2007 г.г.

В ходе исследования оценивалось соответствие знаний врачей II пересмотру Национальных Рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности 2006 года. Проведенный нами анализ выявил низкую степень соответствия подходов врачей к диагностике и лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью методам диагностики и лечения, рекомендуемым Всероссийским научным обществом кардиологов и обществом специалистов по сердечной недостаточности.

С учетом результатов, полученных при анкетировании специалистов в 2006-2007 г.г, был разработан комплекс образовательных программ для врачей, реализованный в лечебно-профилактических учреждениях Республики Татарстан в 2009-2010 г.г.

Для оценки эффективности разработанного комплекса образовательных программ, реализованных в практическом здравоохранении, в 2011-2012 году был проведен повторный социологический опрос, включавший очное анкетирование 350 врачей. Состав респондентов достоверно не изменился.

Оценка степени компетентности специалистов в подходах к диагностике хронической сердечной недостаточности в 2011-2012 г.г. в сравнительном аспекте носила положительный характер. Результаты повторного социологического опроса указывают на достоверную положительную динамику в следовании специалистов III пересмотру Национальных рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности, 2009 г..

Заключение: социологический опрос врачей, проведенный в 2006-2007 г.г. выявил низкую приверженность специалистов к следованию современным Национальным рекомендациям по диагностике и лечению данной патологии.

Разработанный и реализованный в 2009-2010 г.г. комплекс образовательных программ для врачей показал свою высокую эффективность, о чем свидетельствуют результаты социологического опроса врачей, проведенного в 2011-2012 г.г.

0057

ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РОЗУВАСТАТИНА

Ацель Е.А.[1], Газизов Р.М.[1], Климова Н.А.[1], Коклихина Е.А.[2], Мингалеев А.А.[1], Ситдикова Р.Н.[2], Хафизова М.М.[2]

[1]ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»,

[2]ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Казань, Россия

Цель: Исследование динамики липидного спектра и состояния иммунитета под влиянием комплексной терапии с включением Розувастатина у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста.

Материалы и методы: 32 больных ишемической болезнью сердца в возрасте от 65 до 82 лет; мужчин — 14, женщин — 18. Стенокардия напряжения II функционального класса выявлена у 18 больных, III класса — у 14 больных. У 19 больных имелся постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия — у 24 больных. Больные получали комплексное лечение (ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, коронарные вазодилататоры, антиагреганты). Дополнительно назначали гиполипидемический препарат из группы статинов Роксера (Розувастатин «KRKA») в дозе 5 мг в течение 4 недель. У пациентов с уровнем ХС ЛНП ≥ 3 ммоль/л после 4 недельного лечения доза препарата была увеличена до 10 мг, и лечение продолжалось еще в течение 4 недель. Всем больным проводилось динамическое (1 раз в месяц) исследование липидного спектра: ОХС, ХС-ЛНП, ХС–ЛВП, ТГ. Для оценки состояния иммунной системы в динамике определялось количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов A, M, G.

Результаты: До начала лечения средние показатели липидограммы составили: ОХС — 6,42+ 0,68 ммоль/л; ХС ЛНП — 4,36+0,44 ммоль/л; ХС ЛВП — 0,92+0,16 ммоль/л; ТГ — 1,94+0,26 ммоль/л. Количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс, показатели функциональной активности лимфоцитов (индекс супрессии и индекс стимуляции), уровни сывороточных иммуноглобулинов A, M, G не отличались от показателей контрольной группы. Через 4 и 8 недель лечения Розувастатином отмечалось достоверное снижение уровня ХС ЛНП (соответственно до 2,88+0,42 ммоль/л и 2,68+0,36 ммоль/л). В конце исследования содержание ОХС снизилось при назначении Розувастатина на 20,6%, содержание ХС

ЛНП снизилось на 38,5%, содержание ТГ снизилось на 12,1%, содержание ХС ЛВП повысилось на 6,8%. Целевого уровня ХС ЛНП достигли 42,6% больных. Включение Розувастатина в комплексное лечение больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста не влияло на показатели состояния иммунитета.

Выводы: Полученные результаты позволяет рекомендовать препарат Роксера для коррекции нарушений липидного обмена при ишемической болезни сердца у больных пожилого возраста.

0058

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕЗМАСОЧНОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В РЕЖИМЕ ПОСТОЯННОГО ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ ВО СНЕ.

Бабак С.Л., Горбунова М.В., Малявин А.Г.

Предпосылка: синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС) взаимосвязан с повышенной заболеваемостью и смертностью таких пациентов, в особенности от сердечно-сосудистой патологии. Однако, длительное воздействие на пациентов СОАС чрезмасочной неинвазивной вентиляции легких в режиме постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP-терапии) остается малоизученным.

Методы:в сравнительное исследование в параллельных группах были включены 168 пациентов СОАС, получавших ранее CPAP-терапию для коррекции обструктивного апноэ во сне и имевших высокие риски развития кардиоваскулярных осложнений. Средний период наблюдения составил 10,5 лет. Нами сравнивались кардиоваскулярные последствия у пациентов СОАС, отказавшихся от CPAP-терапии (группа «Б», 61 пациент) с продолжающими терапию длительное время (группа «А», 107 пациентов).

Результаты: пациенты, получавшие CPAP-терапию, имели достоверно более высокий средний индекс апноэ-гипопноэ по сравнению с группой «Б» (48,3 [межквартильный размах (IQR), от 33,6 до 66,4] против 36,7 [IQR, от 27,4 до 55], соответственно; p= 0,02), хотя не имелось различий в возрасте, росто-весовом индексе (BMI), и длительности установления диагноза. Кардиоваскулярные смертельные исходы чаще наблюдались в группе пациентов СОАС, отказавшихся от CPAP-терапии, чем в группе «А» (14,8% против 1,9%, соответственно; p=0,009), но не имелось достоверных различий в развитии новых случаев гипертензии, сердечной патологии или инсультов. Суммарные кардиоваскулярные события (включая внезапную коронарную смерть и ОИМ со смертельным исходом) чаще наблюдались в группе пациентов, не получающих CPAP-терапию, чем в группе «А» (31% против 18%, соответственно; p ‹ 0.05).

Заключение: CPAP-терапия достоверно уменьшает развитие фатальных и не фатальных кардиоваскулярных осложнений при длительном применении ее у пациентов СОАС.

0059

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДРОНЕДАРОНА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК

Багрий А. Э., Щукина Е. В., Ковыршина Е. Е., Холопов Л. С., Багрий Е. А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Целью работы было изучение эффективности терапии дронедароном у пациентов с пароксизмальной / персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) на фоне хронического повреждения почек (ХПП) 1-2 стадии (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) ≥ 60 мл/мин/1.73м2)

Методы исследования. Под проспективным наблюдением находился 31 пациент (9 мужчин и 22 женщины, средний возраст 67,7 ± 7,7 года) с ФП (пароксизмальной — 24 больных и персистирующей — 7) и ХПП (1 стадии у 16 пациентов и 2 стадии — у 15). Ни в одном из случаев не было признаков хронической сердечной недостаточности, уровней фракции изгнания левого желудочка менее 45%. Всем больным к стандартному лечению, направленному на контроль уровней артериального давления, гликемии и кардиопротекцию, добавлялся дронедарон в стандартной дозировке по 400 мг 2 раза в сутки. До и через 12 недель после начала терапии дронедароном выполнялись суточное мониторирование ЭКГ и стандартные клинико-лабораторные исследования.

Результаты исследования. Применение дронедарона на протяжении 12 недель у пациентов с ФП и ХПП 1-2 стадии удовлетворительно переносилось и не приводило к повышению уровней креатинина крови и снижению СКФ, также ни у одного из больных не отмечено развития побочных эффектов препарата.

На фоне применения дронедарона у наших пациентов ни в одном из случаев не отмечено развития брадикардии с ЧСС менее 40 в минуту, вентрикулярных пауз более 2000 мс, атриовентрикулярных блокад 2-3 степени. У 10 больных к моменту завершения наблюдения эпизоды ФП не отмечались (у 7 лиц, исходно имевших пароксизмальную ФП и у 3 — персистирующую). Среди лиц, у которых эпизоды ФП сохранялись, имело место уменьшение их количества (с 5,40 ± 3,29 до 2,64 ± 1,86, $p<0,05$), сокращение их продолжительности (с 121,1 ± 84,3 мин. до 21,6 ± 28,7 мин. $p<0,05$), а также снижение частоты желудочковых сокращений во время эпизода ФП (с 145,4± 35,7 уд./мин. до 116,4 ± 38,1 уд./мин. $p<0,05$). Отмечено существенное снижение количества желудочковых экстрасистол (и уменьшение наджелудочковой экстрасистолии ($p=0,02$).

Выводы. Лечение дронедароном в течение 12 недель у пациентов с ФП и ХПП удовлетворительно переносится и позволяет устранить пароксизмы ФП в 47,7% в остальных случаях улучшает переносимость эпизодов ФП.

0060

РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Багрий А. Э., Щукина Е. В., Танасичук В. С., Багрий Е. А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Целью исследования явилось изучение роли 64-срезовой мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в оценке морфо-функционального состояния коронарных артерий (КА) и левого желудочка (ЛЖ) у больных с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы исследования. МСКТ выполнена 57 пациентам с клиническими проявлениями ИБС (39 мужчин: 18 женщин, в возрасте от 38 до 82 лет) на 64-срезовом компьютерном томографе «Brilliance 64» (фирмы Philips). Использованы следующие параметры спирального сканирования: толщина среза — 0,625 мм под контролем электрокардиограммы; направление сканирования — кранио-каудальное, среднее время сканирования — 7 сек, в качестве контраста использовали внутривенное болюсное введение 100 мл «Визипак 320» со скоростью введения 5 мл/сек. Пост-процессорная обработка данных проводилась на независимой рабочей станции Extended Brilliance с использованием следующих реконструкций изображения: двухмерной (2D), мультипланарной (MPR), проекции максимальной интенсивности (MIP), трехмерных (3D, 3D-SSD), трехмерной объемной реконструкции (Volume Rendering). Лучевая загрузка на пациента составляла от 7 до 12 $м^3$в.

Результаты исследования. Переносимость МСКТ была удовлетворительной ни в одном случае нами не зарегистрировано развитие рентгенконтрастной нефропатии.

Гемодинамически значимые стенозы КА диагностированы у 22 (38,6 %) пациентов, гемодинамически незначимые — у 12 (21,0 %) обследованных. Патологии коронарных артерий не выявлено у 23 (40,4 %) человек. Наиболее часто поражались передняя межжелудочковая ветвь — 36,5% и огибающая ветвь — 32,0%. Реже диагностировались стенозы правой КА — 23,3 % и ствол левой КА — 8,2%. Более чем у 50% пациентов, отмечалось поражение нескольких ветвей КА. У 13 (22,8 %) пациентов диагностировано отсроченное накопление контрастного вещества в миокарде, свидетельствующее о его повреждении, причем у 6 из них наблюдался выраженный стеноз огибающей ветви левой КА, вплоть до окклюзии проксимального отдела (в двух случаях).В группе пациентов с гемодинамически значимыми сужениями КА имело место статистически достоверное расширение полости ЛЖ ($p=0,008$); увеличение конечного систолического объема (КСО) ЛЖ ($p=0,009$); снижение фракции выброса ЛЖ ($p=0,002$); нарушение регионарной сократимости ($p\leq 0,001$), трансмурального индекса накопления контрастного вещества ($p= 0,006$).

Выводы. 64-срезовая МСКТ — достоверный метод получения изображения сердца и КА, позволяющий одновременно исследовать глобальную и регионарную функции ЛЖ, выявлять на ранних стадиях гемодинамически значимые сужения и атеросклеротические изменения КА. МСКТ позволяет с высокой достоверностью оценить процессы ремоделирования ЛЖ при ИБС.

0061

ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА РАЗВИТИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Багрий Е.А., Самойлова О.В., Приколота О.А., Щукина Е.В.; ДонНМУ им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель. Выявление взаимосвязи уровней систолического артериального давления (САД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) и показателей диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пожилых больных хронической ишемической болезнью сердца.

Методы исследования. Обследовано 124 больных (73 мужчины и 51 женщина; средний возраст 72 года). Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от уровней систолического артериального давления (группа А — 40 пациентов с САД 140-159 мм рт.ст., группа В — 37 пациентов с САД 160-179 мм рт.ст., группа С — 27 пациентов с САД ≥180 мм рт.ст. и группа N — 23 пациента с САД <140 мм рт.ст.). Все эти больные также были разделены на две группы в зависимости от частоты сердечных сокращений (группа А1 — 91 пациент с ЧСС ≥70) и группа В1 — 33 пациента с ЧСС <70). Сахарный диабет (СД) 2 типа имел место у 23 больных, хроническое поражение почек (ХПП) — у 25. Критериями исключения были фибрилляция предсердий, наличие глобальной систолической дисфункции ЛЖ (фракция изгнания ЛЖ <45% и выраженное снижение функции почек (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <30 мл/мин). Всем пациентам проводилось эхокардиографическое, Допплерографическое и тканевое Допплерографическое исследование на аппарате Philips IE-33. Оценивались значения скорости раннего диастолического движения фиброзного кольца митрального клапана (Е') и соотношение значений максимальной скорости раннего трансмитрального кровотока ЛЖ и скорости раннего диастолического движения фиброзного кольца митрального клапана (Е/Е').

Результаты. Повышение уровней систолического АД было отчетливо связано с нарушением диастолического наполнения ЛЖ у пожилых пациентов с ИБС. В группе А показатели Е' и Е/Е' составили 7,8±1,3 см/с и 9,1±1,6 соответственно; в группе В — 7,4±1,2 см/с и 10,1±1,3 соответственно; в группе С — 7,2±1,2 см/с и 11,0±2,0 соответственно, тогда как в группе N Е' составила 8,2±1,1 см/с; а соотношение Е/Е' — 8,8±1,5. Таким образом, негативное влияние повышенного АД на наблюдалось на всех стадиях артериальной гипертензии и было наиболее выражено в группе пациентов группы С (САД ≥180 мм рт.ст.). Также была отмечена взаимосвязь повышения ЧСС и нарушения диастолической функции ЛЖ. Так, в группе А1 показатели Е' и Е/Е' составили 7,4±1,3 см/с и 9,4±1,6 соответственно, а в группе В1 — 7,2±1,7 см/с и 10,4±2,2 соответственно. Полученные результаты не зависели от возраста больных, пола, сопутствующих СД 2 типа и ХПП.

Выводы. Нами была выявлена отчетливая связь между повышением уровней систолического артериального давления и частоты сердечных сокращений и диастолической дисфункцией ЛЖ у пожилых больных хронической ишемической болезнью сердца.

0062

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Баздырев Е.Д., Байракова Ю.В., Поликутина О.М., Казачек Я.В., Безденежных Н.А., Слепынина Ю.С., Барбараш О.Л.

ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия.

Цель исследования — провести сравнительный анализ показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и диффузионной способности легких (Dlco) у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) типа 2.

Методы исследования: В исследование включено 70 пациентов с ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК), средний возраст — 57,9±3,0 года. Основным критерием включения было отсутствие клинических проявлений поражения бронхо-легочной системы в анамнезе. Среди обследованных пациентов выделили две группы в зависимости от наличия СД. В I группу вошли 40 (57,1%)

пациентов с СД, во вторую 30 (42,9%) пациентов с изолированной ИБС. Данные группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, ФК хронической сердечной недостаточности, фракции выброса — как одних из возможных факторов, влияющих на уровень диффузионной способности легких (Dlco). Состояние углеводного и липидного обмена исследовали с помощью стандартных клинико-биохимических методов. Выраженность расстройств углеводного обмена оценивали по уровню гликированного гемоглобина (HbA1), определенного турбидиметрическим ингибиторным иммуноанализом. Исследование ФВД с оценкой форсированной жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха за первую секунду (FEV1) и модифицированного индекс Тиффно (FEV1/FVC) и Dlco (методом однократной задержки дыхания с последующей коррекцией по уровню гемоглобина (Dlco cor)) проводилось на бодиплетизмографе Elite Dl-220v (Medical Graphics Corporation, США).

Полученные результаты: При сопоставлении клинико-лабораторных данных было установлено, что у пациентов с СД имело место более раннее развитие ИБС. Среднее значение HbA1 у пациентов с СД составила 10,2±0,9%, что свидетельствует о декомпенсации заболевания. Оценка показателей ФВД и Dlco у пациентов с ИБС не выявило их отклонений от должных значений. Однако, у пациентов с сопутствующим СД скоростные, объемные показатели, а также уровень Dlco cor были ниже, чем в группе пациентов без СД. Так, у пациентов с сопутствующим СД уровень FVC (I группа 94,9±8,0%; II группа 99,2±7,5%, p=0,025) оказался на 4,3%, FEV1 — на 6,1% (I группа 92,0±6,5%; II группа 98,1±6,0%, p=0,000) и Dlco cor (I группа 82,0±12,5%; II группа 88,3±10,5%, p=0,029) — на 6,3% ниже по сравнению с соответствующими показателями пациентов с изолированной ИБС. Выявлена корреляционная зависимость между Dlco cor, с одной стороны, и уровнем HbA1(r=-0,32 p=0,043), длительностью СД (r=-0,65 p=0,014), с другой. Кроме этого, имела место обратная зависимость между уровнем Dlco cor и показателями липидного статуса.

Заключение: у пациентов с ИБС и отягощенным анамнезом по СД наблюдается дисфункция респираторной системы, проявлением которой является снижение показателей ФВД (FEV1, FVC) и Dlco.

0063

СРАВНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ВОЗДЕЙСТВИЮ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И С ПОЗИЦИИ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ

Баландина Ю.А., Тарловская Е.И., Максимчук-Колобова Н.С.

ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава России, Киров

Цель: Сравнить эффективность комбинаций антигипертензивных и гиполипидемических препаратов по воздействию на эндотелиальную функцию и провести клинико-экономический анализ методом «затраты-эффективность».

Методы исследования: Обследовано 78 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и дислипидемией. Пациенты группы А получали оригинальный периндоприл/индапамид (Servier, Франция) и симвастатин (Merck Sharp & Dohme, Нидерланды), пациенты группы В — генерический эналаприл/индапамид и симвастатин (Hemofarm, Сербия), пациенты группы С — оригинальный эналаприл/гидрохлортиазид и симвастатин (Merck Sharp & Dohme, Нидерланды). Пациенты были сопоставимы по исходным данным (p>0,05). Коррекция терапии проводилась каждые 4 недели. Целевым уровнем АД считали ≤ 130/80 мм рт.ст. Целевым уровнем ХС ЛПНП считали ≤ 2 ммоль/л. Исходно и через 12 недель определяли ЭЗВД (методика Celermajer) и МАУ (полуколичественный метод с помощью тест-полосок). Соотношение затраты/эффективность вычисляли по формуле: CER=DC/Ef, где DC — затраты на лечение; Ef — эффективность.

Полученные результаты: К 12-й неделе лечения в группах наблюдалось достоверное снижение систолического и диастолического давления, а также уровня ХС ЛПНП (p<0,05). Значимое улучшение ЭЗВД (≥4,5%) наблюдалось у 18 из 25 пациентов в группе А, у 6 из 30 пациентов в группе В, у 4 из 23 пациентов в группе С. Стоимость значимого улучшения ЭФ у одного больного к 12-й неделе терапии составила 6180,16 руб. в группе А, 10794,1 руб. — в группе В, 18189,52 руб. — в группе С. К 12-й неделе лечения МАУ определялась в группе А у 2 из 12 пациентов с исходной нефропатией, в группе В у 7 из 12, в группе С у 5 из 9. Стоимость ликвидации 1 случая МАУ составила 5080,92 руб. в группе А, 5384,52 руб. — в группе В, 6817,72 руб. — в группе С.

CER группы А < CER группы В< CER группы С.

Выводы: С фармакоэкономической точки зрения комбинация оригинального периндоприла/индапамида и симвастатина является доминантной для улучшения ЭФ и ликвидации МАУ.

0064

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ МОСКВИЧЕЙ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Баланова Ю.А., Смирнов Д.А, Александри А.Л., Тимофеева Т.Н., Константинов В.В., Капустина А.В., Деев А.Д., Шальнова С.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, г. Москва

ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный медицинский университет им. ИМ Сеченова» Минздрава РФ, Москва

Сахарный диабет (СД) является одним из серьезных жизнеугрожаемых заболеваний и одним из серьезных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во всем мире. В последние годы распространенность этого заболевания увеличивается, и все чаще говорят об его эпидемии. Проблема усугубляется тем, что население планеты стареет, а среди пожилого населения сосредоточена основная часть больных ССЗ и сахарным диабетом 2 типа.

Цель исследования. Изучить распространенность СД в популяции мужчин и женщин 55 лет и старше, проживающих в г. Москве.

Материал и методы. Результаты получены на одномоментной представительной выборке мужчин и женщин в рамках исследования «Стресс, старение и здоровье в России». Всего обследовано 1868 человек обоего пола, в том числе 893 мужчин. Отклик на обследование составил 64%. Всем пациентам проводился стандартный опрос, включающий социально-демографические характеристики, определение факторов риска, анамнез заболеваний, лабораторные данные. Уровень глюкозы натощак определялся глюкозооксидазным методом на автоанализаторе «Sapphire-400» (Япония) с использованием наборов фирмы «Human» Гликированный гемоглобин (HbA1c) определялся методом аффинной хроматографии и ионообменным методом и рассчитывается в % от содержания нормального гемоглобина. Наличие сахарного диабета подтверждалось наличием хотя бы одного критерия: 1. положительный ответ на вопрос: «Говорил ли вам врач, что у вас сахарный диабет?», 2. уровень глюкозы натощак ≥7,0 ммоль/л, 3 уровень HbA1c ≥ 6,5%. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SAS.

Результаты. Распространенность СД в анамнезе в изучаемой популяции составила 11,3%, в том числе среди мужчин — 10,3%, среди женщин — 12,2%. Частота выявления HbA1c ≥6,5% составила 16,6%, 16,1% и 17,0%, соответственно. Уровень глюкозы натощак ≥7,0 ммоль/л был выявлен у 13,3% в целом по выборке, 15,3% и 11,5% у мужчин и женщин соответственно. Таким образом, общая распространенность СД составила 25,3%, среди мужчин — 24,9%, среди женщин — 25,6%, из которых 56,1%, 59,1%; и 52,6%, соответственно не знали о наличии у них СД. Статистически значимых различий по полу и возрасту между изучаемыми показателями обнаружено не было.

Заключение. Каждый четвертый житель г. Москвы 55 лет и старше страдает СД, причем более половины из них не знают о наличии у них заболевания.

0065

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИБС СРЕДИ МОСКВИЧЕЙ СТАРШЕ 55 ЛЕТ ПО ДАННЫМЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Баланова Ю.А., Муромцева Г.А., Тимофеева Т.Н., Константинов В.В., Капустина А.В., Деев А.Д., Туаева Е.М., Шальнова С.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, г. Москва

В России ССЗ занимают первое место в структуре смертности, причем в росте смертности лидирующую позицию занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Глобальное постарение населения привело к увеличению доли пожилых и обозначило проблемы здоровья населения данной возрастной категории.

Цель исследования: оценить распространенность ИБС среди москвичей 55 лет и старше.

Материал и методы. В ГНИЦ профилактической медицины по единому протоколу с использованием стан-

дартных эпидемиологических методов обследована когорта 1869 москвичей (893 мужчины и 975 женщин) с откликом 64%. Обследование являлось частью проспективного популяционного исследования «Стресс, Старение и Здоровье в России» (The Stress, Aging and Health Study in Russia (SAHR). Все обследованные были опрошены по анкете ВОЗ для выявления стенокардии напряжения (СН) и инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе. ЭКГ регистрировалась в 12 отведениях с последующим анализом согласно Миннесотскому коду (МК). ИБС диагностировалась по следующим критериям: крупноочаговый ИМ (ЭКГ-категории МК 1-1-1 — 1-2-7) и/или ИМ в анамнезе; ишемические изменения (депрессия сегмента ST-T) без гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (МК 4-1,2 и/или 5-1, 5-2 без ГЛЖ: 3-1, 3-3); СН; нарушения ритма и проводимости на ЭКГ: МК 6-1,2, , 7-1, 8-3. Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SAS.

Результаты: ИБС согласно указанным критериям была выявлена у половины населения, в том числе СН, по опроснику Роуза, составила 32,2%., ИМ в анамнезе — 6,6%. Распространенность ИБС (СН, ИМАН, ЭКГ — изменения) была достоверно выше среди женщин (52,2% vs 47,8%), чем среди мужчин ($p<0,001$).

Частота ИБС увеличивается с возрастом независимо от пола. Так, среди мужчин в возрасте 55-64 лет ИБС составила 40,8%, а в возрасте 65-74 и 75 лет и старше — 60,4% и 76,0%, соответственно, ($p<0,01$). ИБС среди женщин составила 49,7%, 69,8% и 79,8%, соответственно, ($p<0,01$).

Вывод: половина населения 55 лет и старше страдают ИБС, тогда как пожилые лица зачастую не включается в эпидемиологические и профилактические программы. В в то же время происходит увеличение доли пожилого населения, и, как следствие, увеличение доля пожилых пациентов в практике врачей многих специальностей. Оценка распространенности ИБС среди пожилых позволит оценить затраты системы здравоохранения, рассчитать необходимые ресурсы.

0066

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Балеева Л. В.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Казань

Цель: Определить выживаемость больных хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий.

Методы: Максимальная продолжительность наблюдения за больными, которые подверглись общему риску (в нашем случае заболевших фибрилляцией предсердий), с определением их жизненного статуса составила 6 лет 9 месяцев, минимальная 5 месяцев, средняя 25±18 месяцев. Наблюдение проведено по ретроспективному анализу историй болезни, амбулаторных карт и протоколов аутопсий. За время наблюдения по причине смерти выбыло 42 пациента, у всех причиной смерти являлась сердечно-сосудистая патология.

Для оценки выживаемости использовался метод Каплана-Мейера. Характеристика кривой распределения времени жизни основывается на результатах выборочного наблюдения. Время наблюдения больных в месяцах было поделено на интервалы времени. Каждый интервал был выбран таким образом, чтобы он включал в себя случай смерти. Число живых пациентов в начале наблюдения составило 42 человека. Годовой процент выживания высчитывался по интервальной пропорции выживания. Первый случай смерти зарегистрирован на 11 месяце наблюдения, вероятность смерти к этому сроку составляет 1/42=0,0238095, вероятность выживания (доля) к 20 месяцу составила 1-1/42=0,9761905. Общий процент выживания или кумулятивная вероятность выживания в любое данное время, например, к 34 месяцу, есть произведение вероятности выживания (доли) на 34 месяц и в течение всех предшествующих интервалов времени, т.е. 0,9761905x0,9512196x0,974359x0,9736843=0,8809524. Полученная доля как функция от времени, называется также выживаемостью или функцией выживания.

Результаты: Среднее время выживания составило 76,3±52,2 месяцев. Порог 50%-ой выживаемости — 68,5 месяцев.

Выводы: 5-летняя выживаемость больных с хронической сердечной недостаточностью после возникновения постоянной формы фибрилляции предсердий составила 60%.

0067

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ

Баранова И. А.[1], Селезнев С. В.[1], Калинина Л.П.[2], Соколова Л.Ю.[2], Ефремова Е.В.[2], Агальцова Н.П.[2], Фомина О.А[2].

[1] ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

[2] ГБУ РО ОККД, Рязань, Россия

Цель: Определитькраткосрочный прогноз госпитальной летальности при расслаивающей аневризме аорты в областном клиническом кардиологическом диспансере.

Материалы и методы: проанализировано 40 случаев расслаивающей аневризмы аорты. Средний возраст больных составил 60,5 (15,9) лет, 33 мужчины. Сравнивались группы выживших (n=16) и умерших (n=24) пациентов по различным показателям, при статистическом анализе использовались t-критерий Стьюдента, критерии Манна-Уитни, Фишера и Хи-квадрат, данные представлены в виде M (s) или Me (Q1; Q3). Различия считались статистически значимыми при p<0,05.Для показателей, по которым имелись статистически значимые различия в группе выживших и умерших пациентов, мы рассчитали относительный риск смерти и его 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты:Летальность при расслаивающей аневризме аорты в ОККД составила 60%.Средний возраст умерших пациентов былбольше, чем выживших (66,3(14,0) против 51,8(15,0), p=0,004). Наличие аневризмы аорты в анамнезе чаще встречалось в группе с неблагоприятным прогнозом (13 против 3, p=0,046). В группе с летальным исходом при поступлении (до начала лечения) у больных было более низкое систолическое (100,0(30,0) мм.рт.ст. против 150,0(35,0) мм.рт.ст., p=0,000007) и диастолическое (60,0(40,0;70,0) мм.рт.ст. против 85,0(62,5;95,0) мм.рт.ст., p=0,009) артериальное давление. Умершие пациенты при поступлении имели более низкий гемоглобин (117,0(25,0) г/л против 138,0(19,0) г/л, p=0,004), более выраженный лейкоцитоз (15,2(5,3) *109/л против 10,5(3,3) *109/л, p=0,003), более высокий уровень креатинина (122(99;169) мкмоль/л против 76(68;104) мкмоль/л, p=0,002) и мочевины (9,4(6,8;14,0) ммоль/л против 6,8(4,7;7,2) моль/л). Расчет относительного риска показал: возраст старше 60 лет увеличивает риск смерти при расслаивающей аневризме аорты в 2,21 раза (95% ДИ [1,23;3,97]), наличие аневризмы аорты в анамнезе — в 1,77 раза (95%ДИ [1,08;2,92]), артериальное давление при поступлении (до начала лечения) систолическое ‹120 мм.рт.ст. и диастолическое ‹80 мм.рт.ст. — в 3 раза (95%ДИ соответственно [1,5;5,99] и [1,26; 7,17], уровень гемоглобина ‹120 г/л — в 1,86 раза ДИ [1,16; 2,89], лейкоцитоз ›11*109/л — в 1,99 раза ДИ [1,06; 3,72], креатинин›90 мкмоль/л — в 2,63 раза ДИ [1,09;6,3], мочевина ›7 ммоль/л — в 2,18 раза ДИ [1,03; 4,64].

Выводы: установлены критерии неблагоприятного прогноза при расслаивающей аневризме аорты: возраст старше 60 лет, наличие аневризмы аорты в анамнезе, систолическое АД менее 120 мм рт. ст., и диастолическое АД менее 80 мм рт.ст., уровень Hb менее 120 г/л, уровень лейкоцитов более 11*109/л, уровень мочевины› 7 ммоль/л, креатинина› 90 мкмоль/л.

0068

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В МЕНОПАУЗЕ

Барбук О. А., Манак Н. А., Карпова И. С., Мацкевич С. А., Соловей С. П.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: Изучить особенности нарушения липидного обмена и функцию эндотелия у женщин со стабильной стенокардией II функционального класса (ФК) в период менопаузы.

Методы исследования: Обследовано 99 женщин со стенокардией напряжения II ФК в период менопаузы (средний возраст 53,7±2,73 года). Гормональный статус верифицирован определением женских половых гормонов в сыворотке крови. В зависимости от фаз климакса сформированы 3 группы: 1-я группа — 39 женщин в перименопаузе, 2-я группа — 30 в ранней постменопаузе и 3-я группа — 30 женщин в поздней постменопаузе. Всем пациенткам определяли липидный профиль и проводили исследование эндотелиальной функции с использованием ультразвука высокого разрешения 7,5 МГц: оценивали изменение диаметра плечевой арте-

рии в ответ на пробу с реактивной гиперемией (РГ) по D. Celermaier (1992г.) и рассчитывали коэффициент чувствительности плечевой артерии к вазодилатации. Контроль составили 23 женщины с сохраненной функцией яичников сопоставимого возраста (47,9±1,24 года).

Полученные результаты: Исходно у 93 (94%) женщин в менопаузе была выявлена дислипидемия, отмечалось повышение уровня ОХС (выше 4,5 ммоль/л). Однако более выраженная гиперхолестеринемия (5,95(5,40-6,80)) и гипертриглицеридемия (1,73(1,10-2,50)), а также повышение холестерина ЛПОНП наблюдались в фазе ранней постменопаузы, что соответствует и частоте встречаемости этих нарушений липидного обмена в данной группе наблюдения (90%, 53,3% и 66,7% случаев соответственно). У женщин в перименопаузе обращает на себя внимание достоверное повышение уровня ОХС и ЛПНП в 86,5% случаев, снижение концентрации ЛПВП (45,9%, $p<0,05$) в плазме крови и высокий коэффициент атерогенности (59,4%), а в поздней постменопаузе сохраняется, как и в первых двух группах, повышенный уровень ОХС (90%) и ЛПНП (76,6%). Одновременно, у пациенток со стабильной стенокардией в перименопаузе отмечалось статистически значимое снижение вазодилатации плечевой артерии (62,2%) по сравнению с женщинами в ранней постменопаузе и репродуктивном возрасте (36,7% и 34,8% соответственно, $p<0,05$), полное отсутствие ответа на реактивную гиперемию (РГ) чаще встречалось в ранней постменопаузе (30%), а патологическая вазоконстрикция в поздней постменопаузе в 10% случаев. В группе женщин с сохранённой функцией яичников патологической вазоконстрикции в ответ на пробу с РГ не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, у женщин в климактерическом периоде, кроме развития дислипидемии, прогрессивно ухудшается и функция эндотелия, что требует дальнейшего изучения этой группы пациентов и назначение дифференцированной медикаментозной терапии.

0069

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ЛОКАЛЬНОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Барсукевич В.Ч., Басалай М.В., Мрочек А.Г.

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

Одним из наиболее эффективных методов уменьшения ишемического и реперфузионного повреждений миокарда, известных в настоящее время, является ишемическое кондиционирование, в частности, локальное посткондиционирование. Вместе с тем, не все проводившиеся до настоящего времени исследования демонстрируют эффективность локального ишемического посткондиционирования у пациентов с острыми коронарными синдромами. Результаты большинства проводившихся ранее экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что противоишемический эффект локального посткондиционирования не развивается, если суммарная длительность кратковременных окклюзий коронарной артерии в протоколе посткондиционирования превышает 5% продолжительности предшествующей ишемии миокарда.

Цель исследования: сравнить эффективность протоколов локального ишемического посткондиционирования (ИПостк), различающихся суммарной длительностью ишемии миокарда.

Материалы и методы: Исследование выполнено на 40 крысах-самцах. В контрольной группе (n=7) крысы подвергались только 30-минутной ишемии миокарда с последующей 120-минутной реперфузией. Животные опытных групп дополнительно подвергались воздействию шести 10-секундных эпизодов ишемии/реперфузии миокарда, начиная с 1-й (ИПостк1', n=8) или 10-й (ИПостк10', n=7) минуты после окончания длительного периода окклюзии передней нисходящей коронарной артерии (ПНКА). Модифицированный протокол посткондиционирования был представлен тремя последовательными окклюзиями ПНКА длительностью 3, 5 и 5 минут соответственно, чередующимися с 5-минутными интервалами реперфузии, на 5-й (ИПостк5'(30')-модиф., n=9) или 10-й (ИПостк10'(30')-модиф., n=10) минуте восстановления коронарного кровотока.

Результаты: В контрольной группе зона некроза составила 42±10%. Использование всех протоколов ИПостк — ИПостк1', ИПостк10', ИПостк5'(30') — модиф. или ИПостк10'(30') — модиф. — оказывало значимый противоишемический эффект: зона некроза составила 28±10%, 28±10%, 27±8% и 28±4% соответственно ($p<0,05$ в сравнении с контролем). Выраженность противоишемического эффекта используемых протоколов посткондиционирования была сопоставима ($p>0,05$).

Вывод: Выраженность противоишемического эффекта не зависит от используемого протокола локального ишемического посткондиционирования миокарда.

0070

РОЛЬ ПРАВОГО И ЛЕВОГО БЛУЖДАЮЩИХ НЕРВОВ В РАЗВИТИИ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Басалай М.В., Барсукевич В.Ч., Мрочек А.Г.

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

Как известно, парасимпатическая иннервация сердца играет важную роль в механизмах защиты миокарда от ишемического и реперфузионного повреждения. Известно также, что блуждающие нервы также принимает непосредственное участие в развитии противоишемического эффекта дистантного прекондиционирования (рефлекс дистантного ишемического прекондиционирования). В свете возрастающего в последние годы интереса к проведению исследований, направленных на изучение эффективности дистантного прекондиционирования в клинической практике, а также развития новой многообещающей методики кардиопротекции — стимуляции блуждающих нервов, — нам представляется важным выяснить роль активации каждого из блуждающих нервов — левого и правого — в развитии кардиопротекторного эффекта кратковременной ишемии анатомически удаленного от сердца органа.

Цель исследования: оценить влияние левосторонней и правосторонней ваготомии на выраженность противоишемического эффекта дистантного ишемического прекондиционирования (ДИПК).

Материалы и методы: Исследование выполнено на 42 крысах-самцах. В контрольной группе (n=10) крысы подвергались только 30-минутной ишемии миокарда с последующей 120-минутной реперфузией. Животным группы ДИПК (n=10) дополнительно выполнялась 15-минутная окклюзия обеих бедренных артерий до начала ишемии миокарда. Двухсторонняя (группа DS-ваготомия+ДИПК, n=10), право- или левосторонняя (группы D-ваготомия+-ДИПК, n=6, и S-ваготомия+ДИПК, n=6, соответственно) ваготомия осуществлялась за 15 минут до начала ДИПК.

Результаты: В контрольной группе зона некроза составила 46±7%. ДИПК оказывало значимый противоишемический эффект ($p<0,001$ в сравнении с контролем). Двухсторонняя ваготомия предупреждала развитие кардиопротекторного эффекта ДИПК (зона некроза 46±12%, $p>0,05$ в сравнении с контролем). Односторонняя ваготомия не оказывала существенного влияния на выраженность противоишемического эффекта дистантной ишемии: зона некроза в группе D-ваготомия+ДИПК и S-ваготомия+ДИПК составила 30±7% и 31±13% соответственно ($p>0,05$ в сравнении с группой ДИПК; $p<0,05$ в сравнении с контролем и группой DS-ваготомия+ДИПК). При этом, значимых различий выраженности противоишемического эффекта ДИПК, равивающегося в условиях левосторонней и правосторонней ваготомии, не отмечалось ($p>0,05$).

Выводы: 1. Наличие нормальной функциональной активности хотя бы одного из двух блуждающих нервов достаточно для развития противоишемического эффекта дистантного ишемического прекондиционирования. 2. Участие правого и левого блуждающих нервов в реализации противоишемического эффекта дистантного ишемического прекондиционирования равноценно.

0071

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Басырова И.Р.[1], Исаева Е.Н.[1], Чирова О.В.[2], Либис Р.А.[1]

[1] ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, Оренбург, Россия

[2] ГБУЗ ГКБ №1, Оренбург, Россия

Метаболический синдром (МС) характеризуется рядом патологических процессов, которые, прогрессируя со временем, значительно снижают качество жизни (КЖ) данной категории пациентов.

Цель работы: изучить особенности КЖ у лиц с МС.

Материал и методы исследования: случайно отобраны и обследованы в амбулаторных условиях 300 человек из числа, прикрепленных к территориальной поликлинике. Из исследования исключались лица с ассоциированными клиническими состояниями. Оставшаяся часть респондентов (143 человека) была разделена на две группы. В первую группу вошли пациенты с выявленным МС (IDF, 2005) — 92 человека; вторую (группу контроля) составили лица, не имеющие МС — 51 человек. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем пациентам проводилась антропометрия (окружность талии, рост, вес), определялся натощак липидный

спектр, глюкоза крови; измерялось АД. Оценка КЖ проводилась с использованием опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36 Item Short Form heart survey), который включает в себя восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH). Полученные данные обрабатывались с помощью программы STATISTICA 6.0.

Результаты: выявлено статистически значимое снижение уровня КЖ у лиц с МС при сравнении с группой контроля по следующим показателям: PF — 80 [67; 95] vs 90 [75; 95], p = 0,01; BP — 62 [41; 92] vs 84 [62; 100], p = 0,0005; GH — 55 [45;70] vs 62 [50; 77], p = 0,03, соответственно. Физический компонент здоровья достоверно хуже у пациентов с МС, чем у лиц без него: 45 [51; 61] vs 52 [45; 55], p = 0,0001. Различия в сравнении психического компонента здоровья между группами недостоверны. У женщин уровень КЖ по ряду шкал ниже, чем у мужчин: PF — 77,5 [50; 90] vs 92,5 [80; 96], p = 0,02; RP — 50 [0; 100] vs 100 [75; 100], p = 0,03; BP — 56,5 [41; 72] vs 100 [51; 100], p = 0,01; VT — 55 [30; 70] vs 72,5 [60; 80], p = 0,03, соответственно. Самые низкие показатели КЖ характерны для возрастной категории пациентов 45-64 года.

Выводы: таким образом, МС можно рассматривать не только как состояние, повышающие риск развития социально значимых заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых катастроф, но и как причину, снижения КЖ пациентов. Выявленные гендерно-возрастные особенности уровня КЖ у лиц с МС требуют дальнейшего изучения.

0072

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ КАРДИОБЛОКА РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Баталина М.В.[1], Виноградова О.В.[2], Шатилов А.П.[2], Баталин В.А.[1], Ромасенко О.В.[2], Полякова О.М.[1], Федюнина В.А.[1]

[1] ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» МЗ РФ,

[2] ГБУЗ Оренбургская областная клиническая больница, г. Оренбург, РФ

Цель работы — сопоставить результаты госпитального лечения больных инфарктом миокарда в условиях типового регионального сосудистого центра (РСЦ) с предшествующим периодом, когда лечение таких пациентов осуществляли в кардиологических отделениях областных и городских больниц, включая отделения интенсивной терапии и реанимации.

Кардиологический блок РСЦ функционирует с 13 января 2013 г. и состоит из 12 коек в отделении реанимации центра и 48-коечного специализированного отделения. За 2,5 месяца госпитализировано 174 пациента с острым коронарным синдромом (ОКС), у 121 из которых диагностировали инфаркт миокарда (ИМ): в 57 случаях с подъемом сегмента ST, в 64 — без. В первые 24 часа после появления или усугубления симптомов доставлено 60% больных, в первые 12 часов — 34%. Тромболизис проведен 37 пациентам (31%), из них на догоспитальном этапе — 35. Экстренная коронарная ангиография выполнена 64 больным (53%), траслюминальная баллонная ангиопластика инфаркт обуславливающей коронарной артерии со стентированием — 36 пациентам (30%). Время «дверь-баллон» колебалось от 35 до 90 минут. За анализируемый период умерло 9 (7,4%) пациентов, 5 из которых были госпитализированы более чем через 24 часа после появления симптомов. Госпитальная летальность при ИМ до организации РСЦ колебалась по региону от 11% до 15%.

Таким образом, уже дебют работы кардиоблока РСЦ показывает рост выживаемости пациентов в остром-подостром периодах ИМ при организации работы путем приближения к мировым стандартам. Для достижения показателей лучших отечественных РСЦ и зарубежных специализированных клиник необходимо, прежде всего, обеспечить своевременную доставку пациентов с ОКС в РСЦ путем активизации целенаправленной санитарно-просветительской работы.

0073

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — ВЕДУЩАЯ КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Баталина М.В., Литяева Т.Ю., Баталин В.А., Приходько В.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Оренбург, РФ

Цель исследования — уточнить частоту хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в специализированном стационаре и неорганизованной городской популяции.

Методы исследования. Обследовано 136 больных СД 2-го типа, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ООКБ г. Оренбурга на протяжении 3 месяцев и 128 из 178 (отклик 71,9%) пациентов городского регистра больных СД, типа 2, попавших в случайную 5% выборку. На территории поликлинических отделений, среди которых проведена выборка, проживает 42% взрослого населения г. Оренбурга и 40% больных СД 2-го типа городского регистра. ХСН диагностировали согласно отечественным рекомендациям (2010 г.), используя шкалу оценки клинического состояния в модификации В.Ю. Мареева (2000) и тест 6-минутной ходьбы, результаты которого анализировали с учетом возраста и гендерно-конституциональных особенностей пациентов (Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов, 2007; P.L. Enright, D.L. Sherrill, 1998).

Полученные результаты. Среди больных стационара ХСН диагностирована у 75 женщин (83,3%) и 36 мужчин (78,3%, $p>0,05$). На амбулаторном этапе ХСН не была диагностирована у большей части этих мужчин и почти у 1/2 женщин. У всех больных, за исключением одной женщины, ХСН определяли на фоне АГ, ИБС или их сочетания, как правило, при наличии избыточной массы тела или ожирения. Целенаправленное выявление ХСН среди пациентов городского регистра СД позволило дополнительно диагностировать 17,4% случаев среди мужчин (до 87,0%) и 15,3% — в женской популяции (до 81,0%) при наличии 5 случаев (4,8%) гипердиагностики данного синдрома. У всех пациентов с выявленной или установленной ранее ХСН имели место АГ, ИБС и их сочетание, диагностированные до выявления СД (более 70%) или одновременно с ним. Критерий хи-квадрат показывает статистическую значимость наличия АГ, ИБС и их сочетания в развитии ХСН у больных СД 2-го типа ($p<0,05$ для мужчин и $p<0,01$ для женщин).

Выводы. Таким образом, ХСН развивается у подавляющего большинства больных СД 2-го типа при коморбидной сердечно-сосудистой патологии, что диктует необходимость раннего активного выявления данного синдрома.

0074

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Баталова А.А., Ховаева Я.Б., Агафонова Т.Ю.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России, г. Пермь, Россия

Структурные изменения крупных сосудов при кардиореспираторных заболеваниях, в частности при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сопутствующих ей заболеваниях — артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца в настоящее время не достаточно изучены и являются предметом дискуссии.

Цель работы: оценить ремоделирование сонных артерий и степень поражения атеросклерозом брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне у пациентов с АГ и ХОБЛ и при сочетании данных болезней.

Материалы и методы : всего обследовано 74 человека, в возрасте от 48 до 59 лет, средний возраст 53,1±0,6. Группа 1 — пациенты с изолированной АГ II стадии, 28 человек. Группа 2 — лица с изолированной ХОБЛ — 11 человек. Группа 3 — пациенты с сочетанием АГ и ХОБЛ 15 человек. 4 группа сравнения (20 человек) — практически здоровые лица. Лицам всех групп проводилось цветное дуплексное сканирование плечеголовного ствола, общих, внутренних, наружных сонных артерий, позвоночных артерий, оценивались диаметры, поток, толщина комплекса интима-медиа (КИМ). Статистический анализ проводили при помощи программы «Statistica 6».

Результаты: по нашим данным у практически здоровых лиц (группа 4) диастолический диаметр правой общей сонной артерии (ПОСА) составил 5,5±0,55 мм, толщина комплекса интима-медиа ПОСА — 0,55±0,1, отношение КИМ / просвет сосуда — 0,1±0,01. В группе 1 — диаметр ПОСА составил 7,4±1 ($p1-4<0,000$), тол-

щина комплекса интима-медиа 0,67±0,1(p1-4‹0,000), отношение КИМ / просвет сосуда — 0,09±0,01. В группе 2 — диаметр ПОСА составил 7,05±0,65 (p2-4‹0,000), толщина комплекса интима-медиа 0,73±0,1(p 2-4‹0,000), отношение КИМ / просвет сосуда — 0,1±0,02. В группе 3- диаметр ПОСА составил 7,2±0,79 (p3-4‹0,000), толщина комплекса интима-медиа 0,67±0,15 (p3-4‹0,000), отношение КИМ / просвет сосуда — 0,09±0,02. При изолированной АГ брахиоцефальные артерии на экстракраниальном уровне поражены атеросклерозом в 25% случаев (атеросклеротические бляшки у 10,7%, утолщение КИМ у 14,3%); в группе здоровых в 20% случаев (10% атеросклеротические бляшки, 10% утолщение КИМ); в группе 2 — в 66 % случаев, p2-4‹0,000 (атеросклеротические бляшки у 44%, утолщение КИМ у 37%, в 11 % утолщение КИМ сочеталось с атеросклеротическими бляшками); в группе 3 — в 78 % случаев, p3-4‹0,000 (атеросклеротические бляшки у 50%, утолщение КИМ у 57%, в 28,5% утолщение КИМ сочеталось с атеросклеротическими бляшками).

Выводы: при сравнении с группой здоровых при АГ и ХОБЛ, а также при сочетании данных заболеваний выявлено статистически достоверное увеличение диаметра общих сонных артерий, утолщение КИМ. Увеличение диаметра происходит пропорционально увеличению КИМ во всех группах. Процент поражения атеросклерозом сосудов шеи при ХОБЛ значительно выше, особенно при сочетании АГ и ХОБЛ и составляет 78%. При сочетанной патологии также чаще выявляется утолщение КИМ сонных артерий и плечеголовного ствола, по сравнению с другими группами.

0075

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОФИБРАТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Цель: изучить эффективность фенофибрата у лиц пожилого возраста с сахарным диабетом (СД) 2 типа и атерогенной дислипидемией.

Методы: наблюдали 26 пациентов (22 женщины и 4 мужчин) в возрасте 60-66 лет, средний возраст 62,4±2,7 лет, с длительностью СД в среднем 9,1±5,4 лет, индексом массы тела (ИМТ) 33,8±6,3 кг/м^2 (основная группа), которые в течение 0,5 лет принимали микронизированный фенофибрат 145 мг 1 раз в сутки. 24 пациента группы сравнения (23 женщины и 1 мужчина) 60-67 лет, средний возраст 65,8±5,6 лет, с длительностью СД в среднем 7,0±4,3 лет, ИМТ 34,2±5,8 кг/м^2 соблюдали только гиполипидемическую диету. Биохимическим методом исследовали уровень гликозилированного гемоглобина А1с (HbA1c), общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ). Безопасность лечения контролировали мониторированием аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) ежемесячно в 1-е 3 месяца, затем через 0,5 года. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows XP. Количественные признаки представлены в виде M±σ, где M — среднестатистическое значение, σ — стандартное отклонение. Различия при p‹0,05 считались статистически значимыми.

Результаты исследования: в основной группе через 0,5 года терапии фенофибратом отмечалось снижение ОХС с 6,7±1,3 ммоль/л до 4,8±0,7 ммоль/л (p‹0,0001), ТГ — с 5,3±2,9 ммоль/л до 1,68±0,4 ммоль/л (p‹0,0001). В группе сравнения за период наблюдения (исходно и через 6 мес. наблюдения) уровень липидов не изменился: ОХС — 6,5±0,9 ммоль/л и 6,0±1,1 ммоль/л (p=0,13), ТГ 2,9±1,3 ммоль/л и 2,4±1,6 ммоль/л (p=0,29), соответственно. За 0,5 года наблюдения у лиц пожилого возраста не зарегистрировано осложнений применения фенофибрата, значения печеночных ферментов не превысили допустимые нормы и составили исходно и через 6 мес. терапии: АСТ — 24,7±8,7ед и 25,7±12,3ед (p=0,66) и АЛТ — 28,6±9,6ед и 29,6±11,4ед (p=0,69), соответственно.

Выводы: микронизированный фенофибрат в дозе 145 мг в сутки, применяемый в течение 0,5 года у лиц пожилого возраста с СД 2 типа и дислипидемией, эффективно снижает уровень атерогенных липидов, является безопасным гиполипидемическим препаратом и хорошо переносится.

0076

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Цель: установить динамику эндотелийзависимой функции эндотелия у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа на фоне гиполипидемической терапии аторвастатином 20 мг в сутки.

Материалы и методы: в течение 6 месяцев наблюдали 102 больных (88 женщин и 14 мужчин) 50-78 лет, средний возраст 60,7±6,8 года, с СД 2 типа длительностью 1-17 лет, в среднем 4,8±4,1 лет. Все пациенты имели артериальную гипертензию 2 степени, средний уровень АД составил 137,0±15,2/82,7±8,1 мм.рт.ст. У 20,6% пациентов выявлена ишемическая болезнь сердца, 11,7% перенесли инфаркт миокарда, 11,8% — мозговой инсульт. Гликемию исследовали глюкозооксидазным методом, уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) — стандартным биохимическим методом. Эндотелийзависимую вазодилатацию оценивали по результатам пробы с реактивной гиперемией исходно и через 6 месяцев терапии аторвастатином 20 мг в сутки. Все пациенты получали антигипертензивную терапию ингибиторами АПФ или сартанами, антагонистами кальция, кардиоселективными β-блокаторами, тиазидоподобными диуретиками. Уровень гликемии корригировался препаратами сульфонилмочевины, метформином или их комбинацией. Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики с использованием электронной программы Microsoft Excel Windows XP. Для оценки достоверности средних величин по группам использовался t-критерий Стьюдента. Результаты представляли в виде M±σ, где M — среднестатистическое значение, σ — стандартное отклонение. Различия при $p<0,05$ рассматривались как статистически значимые. Результаты: через 6 месяцев средний уровень глюкозы крови натощак снизился с 7,3±2,0 до 6,2±1,6 ммоль/л (p=0,01), постпрандиальной гликемии — с 8,7±2,6 до 7,6±1,9 ммоль/л (p=0,001), уровень HbA1c — с 7,7±1,4% до 7,1±1,1% (p=0,07). Через 6 месяцев терапии аторвастатином 20 мг в сутки выявлено снижение ОХС с 6,9±1,6 до 4,6±0,9 ммоль/л (p=0,0001), ТГ с 2,99±1,7 до 1,8±0,7 ммоль/л (p=0,0001), прирост диаметра плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией увеличился с 5,7±5,5% до 8,3±4,8%, (p=0,0001). За 0,5 года наблюдения не зарегистрировано осложнений применения аторвастатина, значения печеночных ферментов не превысили допустимые нормы.

Выводы: гиполипидемическая терапия аторвастатином 20 мг в сутки в составе комплексного лечения достоверно улучшает эндотелийзависимую функцию эндотелия у больных сахарным диабетом 2 типа с атерогенной дислипидемией, является безопасной и хорошо переносится.

0077

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ИНСТИТУТОВ

Бахшалиев А.Б., Усубова Ф.Н., Исрафилбекова Ф.Р.

НИИ кардилогии, Азербайджанская республика, Баку

Артериальная гипертония продолжает оставаться одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы в современном обществе. Состояние больных АГ утяжеляется при присоединении различных метаболических нарушений (избыточная масса тела, дислипидемия, сахарный диабет типа II), которые потенцируют развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Целью настоящего исследования являлось выявление лиц с АГ с имеющимися метаболическими нарушениями и изучение состояния сердечнососудистой системы среди сотрудников научно-исследовательских институтов г.Баку. Было обследовано 630 сотрудников в возрасте от 28 до 60 лет. Всем сотрудникам были проведены антропометрические и общеклинические исследования, регистрировалась ЭКГ, проводилось эхокардиографическое исследование.

В результате проведенных 2-х этапных исследований у 28,3% сотрудников была выявлена АГ 1-2 ст., из них у 46,3% отмечались избыточная масса тела и сахарный диабет типа II, тогда как среди всех сотрудников это сочетание выявлено в 13,7% случаев.

При сравнении данных ЭКГ и ЭХОКГ больных АГ с МС и без МС в обеих группах определялись ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, изменения сегмента ST-T, нарушения ритма сердца (экстрасистолия) и проводимости (AV блокады I ст.).

Следует отметить, что у больных АГ и МС указанные нарушения выявлялись на 12,4%, 10,5% и 2,4% чаще. При ЭХОКГ исследовании высокие значения ММЛЖ и ИММЛЖ определялись у 32,6% больных АГ. Сравнение данных обеих групп больных АГ выявило большую частоту повышенных значений ММЛЖ у лиц с ИМТ и СД (68,9%), особенно среди лиц старших возрастных групп (50-55 лет и 55-60 лет). Следует отметить, что в указанных возрастных группах пациентов преобладали женщины и значения ММЛЖ и ИММЛЖ у них были выше, чем у мужчин. Некоторое снижение значений сократительной функции ЛЖ у больных АГ с МС выявлено в 11,9% случаев, что на 7,4%, больше, чем у больных с АГ без МС. У лиц с АГ и наличием одного или более компонентом МС преобладали неблагоприятные варианты ремоделирования левого желудочка (концентрический, эксцентрический).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о значительной распространенности АГ, в том числе и в сочетании с метаболическими нарушениями среди сотрудников НИИ. Достаточно высокая частота сердечно-сосудистых осложнений у данных пациентов диктует необходимость своевременного выявления и коррекции сопутствующих метаболических нарушений.

0078

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ С ПОМОЩЬЮ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПРЕСТАНС

Беззубцева М.В., Сотникова С.Ю., Бирюков А.Е.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель: определить коррегирующее влияние Престанса на показатели эндотелиальной дисфункции у больных ишемическим инсультом (ИИ).

Материалы и методы: обследовано 100 пациентов ИИ, поступивших в первые 48 часов от развития ИИ в отделение неотложной неврологии РСЦ КОКБ. Из них 54 мужчины и 46 женщины в возрасте 63,65± 1,0 лет. Все пациенты имели анамнез артериальной гипертонии до ИИ, из них 50% страдали ИБС. Основную группу составили 60 человек, в качестве гипотензивного препарата использовался Престанс (Периндоприл + Амлодипин, Servier) в стандартных дозах: 5/5, 5/10, 10/5, 10/10 мг. Группу сравнения составили 40 человек, в качестве гипотензивного препарата использовались Эналаприл, Амлодипин. Сосудодвигательная функция эндотелия оценивалась с помощью ультразвуковой манжеточной пробы по методике Celermajer D.S. et al. с исследованием потокзависимой вазодилатации плечевой артерии на 1-3 сутки и 10-14 сутки ИИ. Степень неврологического дефицита оценивалась по шкале NIHSS.

Результаты: дисфункция эндотелия наблюдалась у всех пациентов в остром периоде ИИ и была наиболее выражена у пациентов с коморбидной патологией. На 1-3 сутки от развития ИИ в основной группе исходный диаметр плечевой артерии (ПА) составил 4,1±0,11 мм, на фоне реактивной гиперемии 4,07±0,12 мм, прирост — 0,73±0,98%. В группе сравнения исходный диаметр ПА составил 4,0±0,13 мм, на фоне реактивной гиперемии 3,98±0,14 мм, прирост — 0,5±1,1%. На 10-14 сутки лечения в группе на фоне терапии Престансом исходный диаметр ПА составил 4,3±0,16 мм, на фоне реактивной гиперемии 4,54±0,12 мм, прирост 5,58±0,9%, исходный диаметр плечевой артерии в группе сравнения составил 4,1±0,14 мм, на фоне реактивной гиперемии 4,17±0,15 мм, прирост 1,70±1,1% ($p<0,05$). При выписке из стационара в основной группе патологическая вазоконстрикция наблюдалась у 36,7% пациентов, недостаточная вазодилатация у 40%, норма у 23,3%. В группе сравнения патологическая вазоконстрикция встречалась у 50% пациентов, недостаточная вазодилатация у 42,5%, норма у 7,5%. Степень неврологического дефицита по шкале NIHSS в основной группе при поступлении 6±1,9 баллов, при выписке 2,2±1,3 баллов, в группе сравнения при поступлении 5,98±1,2 баллов, при выписке 2,95±1,7 балла. При проведении корреляционного анализа установлена обратная корреляционная связь умеренной силы ($r=-0,5$, $p<0,01$) между приростом диаметра ПА и тяжестью неврологической симптоматики.

Выводы: результаты нашего исследования показали, что комбинированный препарат Престанс эффективно уменьшает выраженность эндотелиальной дисфункции у пациентов с ИИ, как предиктора сердечно-сосудистых осложнений, что в свою очередь имеет благоприятное прогностическое значение и выражается в достоверном уменьшении степени неврологического дефицита на 10-14 сутки лечения.

0079

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Бекметова Ф.М.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан

Оценка толщины комплекса интима — медиа сонных артерий (КИМ) — показателя структурных изменений при атеросклерозе, измерение жёсткости и растяжимости общих сонных артерий, являются прогностически значимыми неинвазивными методами оценки состояния сосудистой стенки.

Цель исследования. Изучить структурно-функциональные изменения толщины комплекса интима-медиа и показатели жёсткости артерий, их взаимосвязь с клинико-лабораторными данными у больных с нестабильной стенокардией.

Материал и методы. В исследование включено 185 больных, из них первую основную группу составили 125 пациентов с нестабильной стенокардией напряжения IIB класс (E.Braunwald et al.,1989). Во вторую группу вошли 60 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса по классификации Канадского общества кардиологов. Проводилась оценка клинических, лабораторных показателей (липиды, биохимические маркеры атеросклероза и воспаления: высокочувствительный С-реактивный белок (вчС-РБ), фибриноген, Аполипопротеин-А (АпоА), Аполипопротеин-В (АпоВ), соотношение АпоВ/АпоА, липопротеин-α (ЛП-α). С помощью УЗИ определяли КИМ общей сонной артерии (ОСА) путем сканирования в В-режиме цветным допплеровским картированием потока на ультразвуковой системе «ALOKA — Multi View» (Япония) линейным датчиком с частотой 7 МГц.

Результаты и их обсуждение: При ультразвуковом исследовании толщина КИМ сонных артерий слева в основной группе составила 0,95±0,20 мм, во 2-й группе 0,84±0,20 мм ($P<0,01$), справа — 0,94±0,21 и 0,82±0,16 ($P<0,01$), что свидетельствует о более выраженном атеросклеротическом процессе у больных НС. В сравнительном аспекте наблюдались более низкие значения ΔD, коэффициента растяжимости DC и деформации просвета (CS) ($P<0,05$) у больных НС по сравнению с ССН, тогда как значения индекса жёсткости β ($P<0,01$) и Ep ($P<0,001$), напротив у них были выше. При изучении взаимоотношений толщины КИМ сонных артерий с изучаемыми показателями, выявлена положительная связь с показателями липидного спектра прежде всего обращает на себя внимание ХС ЛПНП $r=0,33$ ($P<0,05$), из маркеров липидного обмена наиболее сильная взаимосвязь отмечена с величиной АпоВ $r=0,25$ ($P<0,05$) и, особенно, соотношения АпоВ/АпоА $r=0,39$ ($P<0,001$), что заслуживает глубокого внимания. ЛП-α считается независимым фактором прогрессирования атеросклероза, это подтверждается корреляционной связью $r=0,32$ ($P<0,05$) с величиной КИМ. Из маркеров воспаления наблюдалась слабой силы корреляционная связь $r=0,25$ ($P<0,05$) с уровнем вчС-РБ. В случае индекса жёсткости β имелась корреляционная взаимосвязь с уровнем глюкозы в крови $r=0,22$ ($P<0,05$). Заслуживает интереса положительная корреляционная связь $r=0,25$ ($P<0,05$) ХС ЛПВП с величиной коэффициента растяжимости и обратная связь последнего с уровнем вчС РБ $r=-0,26$ ($P<0,05$).

Заключение. Необходим более глубокий анализ с привлечением дополнительных, в т.ч. биохимических, данных для выявления показателей, в наибольшей степени детерминирующих степень поражения сонных артерий у больных ишемической болезнью сердца.

0080

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА

Бек Н.С.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель работы: изучить уровни и гендерные особенности кардиометаболических факторов риска (ФР), адипокинов, антропометрических показателей и биомаркеров, характеризующих функцию почек в зависимости от уровня С-реактивного протеина (СРП) как показателя системного воспаления у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и ожирением (Ож).

Материал и методы. Обследовано 90 пациентов с ГБ II стадии и Ож I степени; группа 1 — 32 пациента с СРБ›3 мг/л, средний возраст 49,3±2,2 лет, 17 мужчин, 15 женщин; группа 2 — 58 пациентов с СРБ‹3 мг/л, средний возраст 48,3±1,7 лет, 33 мужчины, 25 женщин. Изучались антропометрические показатели — масса тела, рост, объём талии (ОТ), объём бедер (ОБ); уровень АД на плечевой артерии; иммуноферментными методами определяли уровень высокочувствительного СРП, лептина (Л), адипонектина (АН); показатели липидограмы, глюкозу крови, креатинин, мочевую кислоту (МК), фибриноген. Вычисляли ИМТ, показатель ОТ/ОБ, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу креатинина в мл/мин. Обработку результатов проводили, используя пакет програм «Statistica for Windows 6.0» (Statsoft, USA). Показатели сравнивали с помощью непараметрического критерия Манн–Витни (уровень достоверности p‹0,05) и подавали как медиану [нижний — верхний квартили].

Результаты исследования. Пациенты 1 и 2 групп различались по уровню СРП (5,4 [4,3; 6,1] мг/л и 1,1 [0,71; 0,95] мг/л, p=0,0001), пульсовому АД (ПАД) — (70,0 [60,0; 80,0] мм рт. ст. и 60,0 [50; 75] мм рт. ст., p=0,03), ИМТ (32,5 [31; 36] кг/м2 и 30,2 [30; 32,5] кг/м2, p=0,003), Л (21,3 [10,4; 40,5] нг/мл и 9,0 [5,3; 16,9] нг/мл, p=0,002), МК (356,6 [303,2; 429,5] мкмоль/л и 309,4 [229,7; 364,1] мкмоль/л, p=0,02), триглицеридам (1,75 [1,47; 2,86] ммоль/л и 1,57 [1,0; 2,0] ммоль/л, p=0,02), ЛПОНП (0,82 [0,7; 1,3] ммоль/л и 0,7 [0,48; 0,93] ммоль/л, p=0,01), коэфициенту атерогенности (3,4 [2,6; 4,9] ед. и 2,7 [2,0; 3,5] ед., p=0,01). В группе 1, в отличие от группы 2, уровень СРП и СКФ у мужчин был выше, чем у женщин (5,4 [5,0; 6,6] мг/л и 4,9 [3,4; 5,5] мг/л, p=0,04) и (90,0 [80,0; 95,0] мл/мин. и 66,5 [52,0; 80,5] мл/мин, p=0,003) соответственно. Мужчины группы 1 достоверно отличались от мужчин группы 2 по уровню Л (13,7 [4,5; 40,55,4] нг/мл и 8,1 [4,9; 11,8] нг/мл, p=0,04), ИМТ (33,5 [31,5; 36] кг/м2 и 31,5 [30,5; 34] кг/м2, p=0,04), ОТ (113,7 [105,0; 122,0] см и 105,1 [100,0; 108,0] см, p=0,007), ОБ (112,0 [112,0; 120,0] см и 108,1 [105,0; 116,0] см, p=0,007) и МК (418,7 [368,1; 461,2] мкмоль/л и 351,7 [296,4; 395,5] мкмоль/л, p=0,02). У женщин в группе 1 был достоверно выше, чем в группе 2, уровень Л (39,5 [21,3; 44,5] нг/мл и 17,3 [5,9; 22,5] нг/мл, p=0,004), ИМТ (33,0 [30,5; 34,5] кг/м2 и 30,5 [30,5; 33,0] кг/м2, p=0,01).

Выводы. Пациенты с ГБ и Ож, с высоким риском прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (СРБ›3 мг/л), характеризуются более высокими показателями ИМТ, уровня Л, МК, атерогенных липидов, ПАД, которое отражает артериальную жесткость. У мужчин повышение уровня СРП ассоциируется с более высоким содержанием МК без снижения СКФ. У женщин, в отличие от мужчин, повышение уровня СРП ассоциируется со снижением СКФ.

0081

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ

Белан И.А, Барбухатти К.О., Порханов В.А.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского,кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ, г. Краснодар

Самый неблагоприятный прогноз течения ишемической болезни сердца, согласно литературным данным, имеютпациенты с поражением передней межжелудочковой артерии (ПМЖА).

Цель: оценить отдаленные результаты маммарокоронарного шунтирования при изолированном поражении передней межжелудочковой артерии.

Методы: в исследованиебыли включенывсе пациенты, прооперированные с января по июнь 2005г (57 человек, 10% составили женщины и 90% — мужчины,средний возраст составил 56 ±9 лет), имеющие по данным проведенной в клинике коронароангиографии,изолированное поражение передней межжелудочковой артерии.Более половины исследуемых пациентов (58%) имели высокий функциональный класс стенокардии, у 87 % больных перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе.Всем пациентам был предложен метод реваскуляризации миокарда — маммарокоронарное шунтирование Критерием исключения составили пациенты с любой остройкоронарной патологией (включая нестабильную стенокардию, острый инфаркт миокарда). В течение 7 лет пациенты наблюдались кардиологом клиники, при появлении жалоб на стенокардию проводился тест с физической нагрузкой (ТФН) с целью выявления степени ишемии, определения тактики дальнейшего лечения.При положительном результате ТФН — всем пациентам проводилась коронарошунтография.

Результаты: летальность в исследуемой группе составила 3,5% (2 человека). Причины смерти — наличие онкологической патологии.Общая частота возникновения стенокардии в отдаленном периоде после проведенного МКШ при изолированном поражении ПМЖА составила 20%, при проведении коронарошунтографии во всех случаях выявлено прогрессирование атеросклероза в огибающей или правой коронарной артериях. Проходимостьшунта к передней межжелудочковой артериивыявилась у 100% исследуемых. У всех пациентов отмечается полное отсутствие потребности в нитратах. Повторных инфарктов миокарда в группе не зарегистрировано.

Выводы: при изолированном поражении передней межжелудочковой артерии обосновано лечение методом прямой реваскуляризации миокарда ввиду доказанной эффективности лечения ишемической болезни сердца, повышения качестважизни в отдаленном послеоперационном периоде.

0082

ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АГ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Белоглазова И.П., Могутова П.А., Потешкина Н.Г.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

Индексы сопротивления почечных артерий характеризуют интенсивность почечного кровотока. У лиц без сердечно-сосудистых заболеваний с возрастом происходит увеличение сопротивления почечных артерий.

Цель: изучить возрастные изменения почечной гемодинамики у больных АГ.

Материалы и методы: обследовано 58 больных АГ, из них 32 мужчины. Средний возраст — 59,14±8,93 лет, средняя продолжительность АГ — 11,27±10,54 лет. У 13 пациентов — 2 степень и у 45 пациентов — 3 степень АГ. Риск ССО: у 3 пациентов — средний, у 10 пациентов — высокий и у 45 обследуемых — очень высокий. Группа контроля — 26 добровольцев без сердечно-сосудистых заболеваний, из них 12 мужчин (средний возраст 57,92±7,64 лет). Группы сопоставимы по возрасту и полу (p>0,05). Больные АГ и здоровые добровольцы разделены на 3 подгруппы по возрасту: 1 подгруппа — от 40 до 59 лет, 2 подгруппа — от 60 до 69 лет, 3 подгруппа — 70 лет и старше. Всем пациентам проведено УЗДГ почечных артерий с расчетом пульсационного индекса (PI), индекса резистентности (RI) и систоло-диастолического соотношения (S/D) почечных артерий. Статистическая обработка материала проводилась параметрическими методами.

Резыльтаты: в целом в группе больных АГ индексы сопротивления (PI (1,39±0,35 у.е.), RI (0,70±0,07 у.е.) и S/D (3,55±1,20 у.е.)) почечных артерий были выше, чем в группе контроля (PI (1,24±0,19 у.е.), RI (0,67±0,04 у.е.) и S/D (3,08±0,36 у.е)) (pPI=0,02, pRI=0,07, pS/D=0,01). Выявлено, что у больных АГ с возрастом от 40-59 лет до 70 лет и старше наблюдается увеличение почечных индексов сопротивления: PI (p=0,002), RI (p<0,0001), S/D (p=0,003). Обнаружена достоверная положительная средней силы связь индексов PI (r=0,66, p<0,0001), RI (r=0,67, p<0,0001) и S/D (r=0,68, p<0,0001) с возрастом у пациентов с АГ.

Достоверные различия по величине RI (p=0,002) и S/D (p=0,002) между подгруппами 40-59 лет и старше 70 лет найдены и у здоровых добровольцев. Выявлена достоверная положительная корреляционная связь индексов RI (r=0,09, p<0,0001) и S/D (r=0,13, p<0,0001) с возрастом в группе контроля, но более слабая, чем у больных АГ.

Выводы: с возрастом наблюдается увеличение индексов сопротивления почечных артерий как у больных АГ, так и у здоровых лиц. У больных АГ наличие гемодинамического фактора в виде повышенного АД способствует достоверно большему увеличению индексов сопротивления почечных артерий.

0083

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЖЕСТКОСТЬ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ АГ

Белоглазова И.П., Могутова П.А., Потешкина Н.Г., Евдокимова Е.С.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

Индекс аугментации в аорте характеризует отражение пульсовой волны и увеличивается при повышении сосудистой жесткости.

Цель: изучить влияние различных факторов (возраста, уровня АД и уровня потребления соли) на жесткость аорты.

Материалы и методы: обследовано 58 больных АГ, из них 32 мужчины. Средний возраст — 59,14±8,93 лет, средняя продолжительность АГ — 11,27±10,54 лет. У 13 пациентов — 2 степень и у 45 пациентов — 3 степень АГ. Риск ССО: у 3 пациентов — средний, у 10 пациентов — высокий и у 45 обследуемых — очень высокий. Группа контроля — 26 добровольцев без сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе 12 мужчин (средний возраст 57,92±7,64 лет). Группы сопоставимы по возрасту и полу (p>0,05). Больные АГ разделены на 4 подгруппы по уровню потребления соли: 1 подгруппа (n=11) — уровень потребления соли до 100 ммоль/сут Na+, 2 подгруппа (n=14) — уровень потребления соли от 100 до 199 ммоль/сут Na+, 3 подгруппа (n=26) — уровень потребления соли от 200 до 299 ммоль/сут Na+, 4 подгруппа (n=7) — уровень потребления соли 300 ммоль/сут Na+ и более.

Всем обследованным проведено СМАД с определением среднесуточного систолического давления (ЦСАД) и общего индекса аугментации (AIxao) в аорте; потребление соли оценивали путем определения содержания ионов Na+ в составе 24-часового объема мочи методом эмиссионной фотометрии.

Статистическая обработка материала проводилась параметрическими методами.

Результаты: найдено, что у больных АГ AIxao оказался достоверно выше, чем в группе контроля (35,86±12,99% против 30,00±8,12%, p=0,03).

В результате многофакторного регрессионного анализа у больных АГ выявлена положительная связь AIxao с возрастом (β=0,43, p=0,005) и ЦСАД (β=0,35, p=0,008) и отрицательная связь с уровнем потребления Na+ (β=-0,35; p=0,002).

Обнаружена достоверная отрицательная связь уровня потребления соли со значениями AIxao у больных АГ в 1-3 подгруппах (r1=-0,15, p1=0,03; r2=-0,43, p2<0,0001; r3=-0,38, p3=<0,0001). У пациентов 4 подгруппы между AIxao и уровнем потребления соли выявлена достоверная положительная средней силы связь (r4=0,49, p4=0,0004).

Выводы: возраст, повышенное АД и уровень потребления соли 300 и более ммоль/сут Na+ приводят к увеличению жесткости аорты.

0084

К ДИСКУССИИ О ПРЕИМУЩЕСТВЕННОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СОСУДОВ ИЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Белозеров К.В., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Кулик Н.А., Губская П.М.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Великий Новгород

Клинические наблюдения показывают, что при артериальной гипертензии (АГ) в период ее развернутых клинических проявлений до появления осложнений у части больных превалирует поражение сосудов, тогда как сердце довольно долго остается интактным. У других больных, наоборот, превалирует ремоделирование сердца и уже затем присоединяется ремоделирование сосудов. Большинство исследователей придерживается традиционного представления о поражении сосудов с последующим или одновременным развитием ремоделирования миокарда. Представляется интересным выделение групп больных АГ, у которых преимущественно идет ремоделирование сосудов и больных с преимущественным ремоделированием сердца. Вероятно и клинико-фармакологические подходы к этим группам больных будут различными.

Цель исследования. Исследовать сопряженность развития диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) и ремоделирования стенки общей сонной артерии (ОСА) у больных АГ .

Материал и методы исследования. Обследованы 12 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), средний возраст больных — 48,1±1,4 лет. Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) диагностировалась методом допплерэхокардиографии, за основу взят показатель E/A<1,0. Исследование общих сонных артерий (ОСА) проводилось при помощи ультразвукового триплексного сканирования — определялась толщина интима-медиа (ТИМ) и наличие атеросклеротических изменений в стенке ОСА. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования показали, что у обследованных больных АГ в 66,7% случаев выявлялась ДДЛЖ. У половины этих больных нарушения ДФЛЖ сочетались с увеличением ТИМ (1,0 мм и более) и у всех этих больных наблюдался нестенозирующий атеросклероз ОСА, в том числе у 1 больного была выявлена стабиль-

ная атеросклеротическая бляшка и стеноз общей сонной артерии (35%). У другой половины больных с ДДЛЖ наблюдалась нормальная ТИМ без каких-либо изменений стенки ОСА.

У 4 больных из числа обследованных нарушения ДФЛЖ не были зафиксированы. При этом у 2 больных АГ этой группы изменений в ОСА не было выявлено, а у 2 отмечалось увеличение ТИМ и был обнаружен нестенозирующий атеросклероз ОСА.

То есть, больные АГ II степени (II стадии) могут быть стратифицированы на насколько групп: 1) с отсутствием структурно-функционального ремоделирования миокарда и ОСА; 2) с ремоделированием и миокарда и ОСА; 3) с преимущественным ремоделирование миокарда; 4) с ремоделирование стенки ОСА без признаков структурно-функционального ремоделирования миокарда.

0085

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Белякова И.В., Воробьева Н.А., Лавринов П.А.

«Северный филиал ГНЦ» г. Архангельск, Россия

Цель исследования: выявить частоту проявлений тромбофилических нарушений у пациентов с острым инфарктом миокарда в разных возрастных группах.

Материалы и методы: в исследование включены мужчины, госпитализированные в МУЗ «ГБУЗ АО Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» по поводу ОИМ с 1.09.2010 по 31.12.2010 (n=41). Всем пациентам проведено генетическое исследование 6-ти генов системы гемостаза (F I 455 , F II 20210, FV1691, MTHFR 677, PAI-1 675, GpIIIa) в лаборатории генома человека ЦНИЛ СГМУ. Для математической обработки результатов исследования использовался пакет компьютерной программы SPSS for Windows (версия 18). Для описания связи категориальных переменных использовались таблицы сопряженности и критерий хи-квадрат, точный метод расчета независимости «Монте-Карло», Фишера и коэффициентов «Фи», Крамера.

Результаты исследования. Возраст пациентов Me 55 [45,0;60,25] лет. У 85,7% пациентов наблюдались патологические полиморфизмы системы гемостаза, из них 66,7% — имели сочетанные проявления генетических полиморфизмов. Гетерозиготная мутация в гене FV1691 G/A выявлена в 2,4% случаев. Полиморфизм в гене MTHFR 677 выявлен в 35,7 % случаев, гетерозиготное носительство в 23,8% случаев, гомозиготное — 11,9%. Полиморфизм в гене GpIIIa определен в 33,3% случаев, гетерозиготное носительство у 26,2 %, гомозиготное у 7,1 % пациентов. Полиморфизм в гене F I 455 у 35,7 % пациентов, гетерозиготное носительство — 28,6 %, гомозиготное — 7,1 %. Полиморфизм в гене PAI-1 675 — 71,4% случаев, гетерозиготное носительство у 47,6 % пациентов, гомозиготное у 23,8% пациентов. Гетерозиготная мутация в гене F II 20210 выявлена у 4,8 % пациентов. Мы ранжировали группы по возрасту: до 46 лет (n=12), старше 45 лет (n=29) и проследили частоту встречаемости вышеизложенных генетических полиморфизмов. В группе до 46 лет случаи гетеро — и гомозиготных полиморфизмов встречались чаще, но статистически значимых различий не было.

Мутация в гене FV1691: хи2- 2,477, p=0,166, точный метод Фишера — 0,293, метод Монте-Карло — 0,296, коэффициент «Фи»- 0,246, коэффициент Крамера — 0,246. Полиморфизм в гене MTHFR 677: хи2 — 0,039, p=0,98, метод Фишера — 0,209, Монте-Карло — 1,0, коэффициент «Фи»- 0,31, Крамера — 0,31. Гетерогенная мутация в гене F II 20210 G/A: хи2 2,477, p=0,166, метод Фишера — 0,293, Монте-Карло — 0,296, коэффициент «Фи»- 0,246, Крамера — 0,246. Полиморфизм в гене F I 455%: хи2 3,966, p=0,138, метод Фишера — 3,440, метод Монте-Карло — 0,171, коэффициент «Фи»- 0,311, Крамера — 0,311. Полиморфизм в гене PAI-1 675: хи2 0,183, p=0,913, метод Фишера — 0,311, Монте- Карло — 1,0, коэффициент «Фи»- 0,067, Крамера — 0,067. Полиморфизм в гене GpIIIa: хи2 0,443, p=0,801, метод Фишера — 0,843, Монте-Карло — 1,0, коэффициент «Фи»- 0,104, Крамера — 0,104. Выводы. У 85,7% пациентов наблюдались патологические полиморфизмы системы гемостаза. Наиболее часто (71,4 %) встречался полиморфизм в гене PAI-1 675. В группе пациентов до 46 лет случаи гетеро — и гомозиготного полиморфизма встречались чаще, чем в более старшей группе, однако статистически значимых различий обнаружено не было.

0086

ЭФФЕКТЫ НИКОРАДИЛА КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Берберян К.Р., Добрынина Н.В., Девятова Л.С, Камович Т.Е.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО ОККД, Рязань, Россия.

Никорандил- уникальный препарат, который содержит фрагмент витамина РР, отвечающий за открытие АТФ-зависимых К-каналов (активируют механизмы ишемического прекондиционирования) и нитратную группу (антиангинальный эффект). Эта совокупность свойств делает данный препарат привлекательным для использования в клинической практике.

Цель исследования: оценить антиангинальное и кардиопротективное действие никорандила у больных стабильной стенокардией II-III ФК.

Материалы и методы: мы исследовали 2 группы пациентов: опытная: 36 пациентов (18 женщин и 18 мужчин), 32 пациента с диагнозом стенокардия напряжения 3 ФК., 4- с диагнозом стенокардия напряжения 2 ФК. Средний возраст 59 лет±11 лет. Группа контроля, состоящая из 20 человек, сходных по возрастно-половому составу, диагнозу и стажу заболевания с исследуемой группой. Пациенты обследовались в 2 этапа: 1 — анализ историй болезни пациентов, проходивших лечение в 1 отделение ГБУ РО ОККД в 2011 году, которым был назначен препарат никорандила (принимали препарат коронель в дозах по10мг×3р/д(28 человек) и по 10мг×2 р/д.(8 человек)); 2 — оценка состояния пациентов через год с помощью анкет — опросников.

Результаты: в начале исследования у больных опытной группы отмечалось 9,1-12,2±1,3 приступов стенокардии в неделю, при этом длительность приступов в среднем была 5,9 — 8,3 ±1,4 минуты, приступов одышки (как проявления хронической сердечной недостаточности) — 2,2-3,4±1,7/сутки, длительностью 7,1 — 10,1±2,6 минут. В контрольной группе отмечались аналогичные показатели: 10,1-12,4±1 приступов ангинозных болей в сутки, длительностью 5,6 — 8,9±1,4минуты, приступов одышки 2,2-3,4±1,07/сутки, длительностью 6,2-9,2±1,2минуты. Через год при повторном обследовании выявлено, что в опытной группе данные показатели существенно снизились: 4,7 — 5,9±3,3 приступов стенокардии в неделю, при этом длительность приступов в среднем 4,9- 8,3±1,06 минуты, приступов одышки — 1,3- 2,3±0,7/сутки, длительностью 4,7 — 6,9± 0,7минут. В контрольной группе данные практически не изменились: 9,2 -11,3±1,5 приступов ангинозных болей в сутки, длительностью 8–16,8±2,5 минуты, приступов одышки 2,2-3,4±1,0 /сутки, длительностью 5,8 — 8,6±3,2минуты. В опытной группе так же достоверно снизилось количество принимаемых медикаментов для экстренного купирования ангинозных болей: с 1,29 — 1,66±0,5 до 0,78 — 0,95±0,62 в сутки. Кроме того, отметилось достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (по ЭХО — КГ) в опытной группе: с 59±3,4 до 63,7±3,95%, тогда как в контрольной группе данные показатели не изменились: 61±2,2→62±1,6%. За год исследования в опытной группе ни один больной не умер от сердечно — сосудистого события, тогда как в контрольной группе от инфаркта миокарда погиб 1 больной. Ни у одного больного не отмечались побочные эффекты, заявленные производителем препарата

Выводы: никорандил обладает антиангинальным эффектом и может использоваться, как для купирования приступа стенокардии, так и для профилактики таковых. никорандил действительно обладает кардиопротективными свойствами, что выражается в уменьшении одышки и увеличении фракции выброса левого желудочка (эхокардиографически).

0087

УРОВЕНЬ РАСТВОРИМОГО FAS-ЛИГАНДА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Березикова Е.Н.[1], Шилов С.Н.[1], Тепляков А.Т.[2], Ефремов А.В.1, Попова А.А.[1], Пустоветова М.Г.[1], Яковлева Н.Ф.[1], Гребенкина И,А.[1]

[1] ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Новосибирск

[2] ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

Цель. Оценить взаимосвязь уровня растворимого Fas-лиганда (sFas-L) в сыворотке крови с развитием и течением ХСН у больных с ишемической дисфункцией миокарда в процессе 12-месячного проспективного наблюдения.

Материал и методы. Обследовано 94 пациента с ХСН, которые по функциональному классу заболевания были разделены на 3 группы (по NYHA) с использованием теста с 6-минутной ходьбой. В 1-ю группу вошли 35 пациентов с ФК II, во 2-ю группу — 31 пациент с ФК III, в 3-ю группу — 28 пациентов с ФК IV. С целью выявления возможности ассоциации sFas-L с характером течения СН больные были разделены по итогам годичного наблюдения на две группы: пациенты с благоприятным течением заболевания (49 человек) и пациенты с неблагоприятным течением патологии (45 человек). При этом в течение проспективного наблюдения оценивалось: состояние гемодинамических показателей, нарастание симптомов и тяжести ХСН, частота госпитализаций по поводу СН, динамика фракции выброса левого желудочка. Группу контроля составили 32 человека без сердечно-сосудистой патологии и тяжелых хронических заболеваний. В начале исследования и через 12 месяцев наблюдения в сыворотке крови определяли уровень растворимого Fas-лиганда методом иммуноферментного анализа.

Результаты. В контрольной группе уровень sFas-L в крови составил 19,2±3,2 пг/мл. Количественный анализ содержания в крови sFas-L у больных ХСН показал, что в исходном состоянии уровень этого медиатора существенно (более чем в 3-6 раз, $p<0,001$) превышал таковые в контрольной группе. Так, у пациентов 1-й группы sFas-L составил 71,5±7,8 пг/мл, во 2-ой группе с манифестной ХСН III ФК сопутствовало пятикратное повышение в крови этого маркера, достигавшее 101,4±11,3 пг/мл и в 3-й группе — с наиболее тяжелым течением ХСН IV ФК — уровень sFas-L оказался наивысшим, составив 124,2±15,5 пг/мл.

Анализ ассоциации растворимого Fas-лиганда с характером течения ХСН показал, что у пациентов с неблагоприятным течением патологии исходно (145,3±15,2 пг/мл) и в динамике проспективного наблюдения (145,3±15,2 пг/мл) уровень sFas-L в сыворотке крови значительно превышал по своим значениям таковой в группе с благоприятным течением ХСН (на 31,1%, $p<0,05$ и 98,0%, $p<0,01$ соответственно). При этом, у пациентов с неблагоприятным характером течения ХСН в динамике 12 месячного наблюдения отмечалось достоверное повышение уровня sFas-L (в 1,3 раза) по отношению к исходному уровню ($p<0,05$).

Заключение. Полученные результаты исследования косвенно свидетельствуют о том, что у больных ХСН имеют место нарушения механизмов программируемой гибели клеток. Определение уровня растворимого Fas-лиганда в сыворотке крови способствует объективной оценке тяжести процесса и может быть важным прогностическим тестом течения ХСН у больных ИБС, позволяющим оптимизировать диагностику и лечение данных пациентов.

0088

ИНТЕНСИВНОСТЬ ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СРЕДЦА

Березовская Г.А., Юдина В.А., Карпенко М.А., Напалкова О., Васильева Е.Ю., Клокова Е.С., Цай Н.В., Мочалов П.А., Хышова Н.А., Губадова Л. В.

ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» Минздрава Российской Федерации, Санкт-Петербург

Возможности лабораторной оценки состояния миокарда после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) крайне ограничены. Учитывая многофункциональность тромбина, мы предположили, что интенсивность его образования влияет на сократительную способность миокарда и может дать дополнительную информацию о состоянии кровообращения в миокарде после ЧКВ.

Цель работы: Изучить взаимосвязь между показателями теста генерации тромбина (ТГТ) и данными стрессЭхоКГ.

Материалы и методы: Исследовалась венозная кровь 13 больных ИБС в возрасте от 53 до 77 лет до и через 6 месяцев после ЧКВ. Контрольную группу составили 11 практически здоровых людей без клинических проявлений ИБС. ТГТ проводился с помощью метода Calibrated Automated Thrombogram в бедной тромбоцитами плазме. Показатели ТГТ: LT (мин) — фаза инициации свертывания, ETP (нМ•мин) — эндогенный потенциал тромбина, Peak (нМ) — максимальный уровень генерации тромбина, TTP (мин) — время достижения максимального уровня генерации тромбина. Скорость генерации тромбина (V, нМ/мин) рассчитывали по формуле: V= Peak/(TTP — LT). Изменение регионарной сократимости миокарда оценивалось с помощью стрессЭхоКГ с

физической нагрузкой на тредмиле. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы SPSS 13.0 с использованием критерия Манна-Уитни, различия считались достоверными при уровне значимости p<0,05.

Результаты: Анализ показателей ТГТ не выявил достоверных отличий между донорами и больными ИБС до и после ЧКВ. При сравнении результатов ТГТ до и после вмешательства установлено наличие тенденции к увеличению ETP (1393,5 nM/min — 1624,0 nM/min) и Peak (205,2 nM — 283,3 nM). Напротив, тенденция к снижению была выявлена у временных показателей ТГТ: LT (2,7 min — 2,3 min) и TTP (6,7 min — 6,0 min). При сравнении показателей стрессЭхо до и после ЧКВ установлено наличие значимых отличий между ME (4,6 ед.–8,9 ед.) и ИНРС-стресс (1,8-1,4)(p<0,05). До ЧКВ обнаружена отрицательная корреляционная связь между ME и ETP (r=-0,64; p<0,05), а через 6 месяцев — положительная корреляционная связь между ETP (r= 0,92; p< 0,05) и Peak (r= 0,89; p< 0,05) ИНРС до нагрузки и после неё.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют о связи интенсивности образования тромбина и сократительной способности миокарда. Следовательно, показатели ТГТ могут давать дополнительную информацию о состоянии кровообращения миокарда у больных ИБС, подвергшихся ЧКВ.

0089

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ ИЗ СЕМЕЙ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Бехбудова Д.А.

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Целью исследования явилось повторное изучение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их факторов риска (ФР) среди пациентов, отцы которых перенесли инфаркт миокарда (ИМ).

Всего подлежали вызову на повторное обследование 94 пациента, которые были разделены на 2 группы: 1 гр. — лица, отцы которых перенесли ИМ в возрасте моложе 55 лет (т.е. с фактором наследственной отягощенности по ишемической болезни сердца); 2 гр. — лица, отцы которых перенесли ИМ в 55 лет и старше. Ср. возраст пациентов на момент начала повторного обследования: в 1-й гр. — 42,3±0,99 лет; во 2-й гр. — 50,6±1,2 лет. Ср. длительность периода времени, прошедшего с момента первичного обследования, в 1-ой гр. — 17,4±0,3 лет, во 2-ой гр. — 17,3±0,5лет. Приглашение на обследование осуществляли с помощью контактов по телефону. Обследование проводили с помощью набора стандартных методов эпидемиологического исследования, применяемых в кардиологии, а также врачебного опроса и осмотра.

Анализ результатов настоящего исследования указывает на резкий рост распространенности артериальной гипертонии (АГ) среди пациентов обеих групп (66,7% и 62,5%). При первичном обследовании распространенность АГ составляла 9,5% в 1-й группе и 13,9% во 2-й группе. Среди пациентов 2-й группы цифры максимального АД оказались достоверно выше по сравнению с 1-й группой. Почти каждый второй пациент как в 1-й, так и во 2-й группе предъявляли жалобы на боли и другие неприятные ощущения в области сердца, а также периодические головные боли (41,7% и 50%). За период наблюдения в обеих группах практически в 2 раза по сравнению с первичным обследованием возросла частота встречаемости избыточной массы тела (62,5% и 50%). Интересно, что среди пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й группой отмечено значительно больше случаев заболевания сахарным диабетом (37,5% и 8,3%) и перенесенного ИМ (25% и 8,3%). Изучение характера питания, режима двигательной активности, частоты встречаемости курения и избыточного употребления алкогольных напитков демонстрирует отсутствие у данной категории пациентов четких представлений о принципах здорового образа жизни, лежащих в основе современной концепции профилактики ССЗ.

Полученные результаты исследования свидетельствуют в пользу того, что обе рассматриваемые группы пациентов следует отнести к числу групп повышенного риска в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Соответственно, своевременно начатая контролируемая работа по внедрению навыков здорового образа жизни может отдалить сроки возникновения, а в некоторых случаях предотвратить заболеваемость ССЗ в указанных группах пациентов.

0090

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ

Бехбудова Д.А., Ахмедова Т.А.

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Целью настоящего исследования явилось повторное изучение частоты встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их факторов риска (ФР) среди пациентов с наследственной отягощенностью по сахарному диабету (НО по СД).

Всего подлежали вызову 58 пациентов с НО по СД, прошедших первичное профилактическое обследование в НИИК (41 — мужчина и 17 женщин). Приглашение на обследование осуществляли с помощью контактов по телефону. Двое пациентов мужского пола оказались умершими (внезапная сердечная смерть и лейкоз). Явились и были обследованы по программе исследования 33 пациента (24 мужчин и 9 женщин). Ср. возраст на момент начала повторного обследования в мужской гр. составил 42,9±1,52 лет, в женской гр. — 44,2±2,2 года. Ср. длительность периода наблюдения среди мужчин — 13,4±0,27 лет, среди женщин — 12,4±0,4 лет. Обследование включало в себя наряду с другими методами врачебный осмотр, сбор анамнеза, опрос по стандартным анкетам Роуза, Дженкинса, опрос по выявлению основных ФР ССЗ, измерение АД, антропометрию, определение уровня сахара в крови натощак и проведение теста на толерантность к глюкозе.

По результатам настоящего исследования выявлена высокая частота встречаемости основных ФР ССЗ как среди мужчин, так и среди женщин с фактором НО по СД. В обеих группах не было ни одного пациента без ФР ССЗ, а в мужской группе и с наличием 1-го ФР. У 37,5% мужчин отмечено по 3 основных ФР ССЗ, еще у 25% мужчин — по 4 ФР ССЗ. Наиболее распространенным ФР ССЗ как среди мужчин, так и среди женщин с НО по СД оказалась избыточная масса тела (ИМТ) (87,5% и 77,8%, соответственно). Причем, величина этого показателя в обеих группах возросла более чем в 2 раза по сравнению с первичным обследованием (43,9% и 35,5%, соответственно). Практически у каждого третьего мужчины и у каждой второй женщины с ИМТ отмечено наличие абдоминального типа ожирения. При повторном обследовании отмечен также резкий рост заболеваемости артериальной гипертонией (АГ), причем в большей степени среди лиц мужского пола (75% и 22,2%, соответственно, при повторном обследовании по сравнению с 9,76% и 5,9% при первичном обследовании). Следует отметить, что цифры максимального АД, зафиксированные среди мужчин, значительно превышали эти показатели в женской группе. За период наблюдения увеличилась частота встречаемости избыточного употребления алкоголя (с 7,3% до 25%). Только в женской группе в 22,2% случаев выявлено заболевание ИНЗ СД. Следует отметить, что в течение периода наблюдения еще у 22,2% женщин и 25% мужчин среди кровных родственников 1-й степени родства зафиксированы новые случаи заболевания ИНЗ СД.

Таким образом, результаты повторного исследования подтверждают выводы первичного исследования о том, что практически здоровые молодые люди с НО по СД нуждаются в динамическом наблюдении и своевременном проведении среди этой категории населения комплекса профилактических мероприятий, специально разработанного для лиц с НО по СД.

0091

ЧАСТОТА ВИРУСНО-ИММУННОГО МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С «ИДИОПАТИЧЕСКОЙ» И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ БИОПСИИ МИОКАРДА.

Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Гагарина Н.В., Фролова Ю.В., Дземешкевич С.Л., Куприянова А.Г., Зайденов В.А., Донников А.Е.

ФТК им. В.Н. Виноградова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, РФ

РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН, Москва, РФ

Цель: изучить частоту миокардита по данным биопсии миокарда у больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и оценить диагностическую значимость неинвазивных методик в его выявлении.

Материал и методы: 42 больным (30 мужчин, 45,0±13,9 лет) с синдромом ДКМП (средний КДР левого же-

лудочка 6,8±0,9 см, средняя ФВ 25,9±11,1%) проведены эндомиокардиальная/интраоперационная биопсия миокарда, аутопсия либо исследование эксплантированного сердца, а также определение маркеров кардиотропной вирусной инфекции (включая ПЦР-диагностику), уровня аниткардиальных антител, ЭхоКГ, сцинтиграфия миокарда (n=9), МСКТ (n=21), МРТ сердца (n=13), коронарография (n=21). Контрольную группу составили 20 пациентов с ИБС, которым выполнялась операция на открытом сердце.

Результаты: по результатам морфологического исследования миокарда у больных с синдромом ДКМП диагностированы: 1) изолированный миокардит у 28 пациентов (у 19 — вирус-позиитивный, у 1 — бактериальный и у 1 — гиперсенситивный); у 7 больных отмечено преобладание продуктивного васкулита (без признаков системности), у 4 — сочетание миокардита с гемодинамически значимым коронарным атеросклерозом, у 2 — с двустворчатым аортальным клапаном; 2) АДПЖ в сочетании с вирусным миокардитом у 2 пациентов (в одном случае имелся также некомпактный миокард, НКМ, левого желудочка); 3) десминопатия в сочетании с острым вирусным миокардитом (n=1); 4) неуточненная болезнь накопления в сочетании с НКМ и вирусным миокардитом (n=1); 5) НКМ как маркер генетической ДКМП еще у 5 пациентов (у 4 из них в сочетании с миокардитом, в т.ч. у 2 вирус-позитивным); 6) неуточненная первичная ДКМП у 4 пациентов (у 2 из них вирус-позитивная). Всего вирусный геном в миокарде, включая микст-инфекцию, выявлен у 26 больных (61.9%): парвовирус B19 у 16, вирус герпеса 6 типа у 12, вирус Эпштейна-Барр у 9, цитомегаловирус у 4, вирусы простого герпеса 1,2 типов у 4. Только у 2 вирус-позитивных больных не отмечено морфологических признаков миокардита. У пациентов контрольной группы вирусный геном выявлен в миокарде в 85%, однако признаки миокардита только в 25% случаев.

Наиболее значимыми методами неинвазивной диагностики (в дополнение к анамнезу) были наличие специфического антинуклеарного фактора (с антигеном сердца быка) и антитела к волокнам проводящей системы сердца в титрах 1:160-1:320 (чувствительность в диагностике миокардита 52.9% и 85.3%, специфичность и положительная предсказательная ценность по 100%), уровень антикардиальных антител в целом, наличие вирусного генома в крови, отсроченное накопление в миокарде (МСКТ), очаговые/диффузные нарушения перфузии (сцинтиграфия), патологический Q/QS (для генетической ДКМП).

Выводы: при морфологическом исследовании миокарда иммунно-воспалительная природа ДКМП установлена в 66.7%, генетическая в 14.3%, их сочетание в 19.0%. Разработан алгоритм нозологической диагностики при ДКМП.

0092

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИЛАТАЦОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В СОПОСТАВЛЕНИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ МИОКАРДА

Благова О.В., Гагарина Н.В., Недоступ А.В., Сулимов В.А., Коган Е.А., Куприянова А.Г., Зайденов В.А., Донников А.Е.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, РФ

Цель: оценить диагностическое и прогностическое значение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) сердца у пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) в сопоставлении с данными биопсии миокарда.

Материал и методы: 88 больным (65 мужчин, 47,2±11,7 лет) с синдромом ДКМП (средний КДР левого желудочка 6,7±0,9 см, средняя ФВ 28,0±10,5%) проведена 320-срезовая МСКТ сердца с в/в контрастированием омнипаком, у 21 из них выполнено морфологическое исследование миокарда (эндомиокардиальная/интраоперационная биопсия, аутопсия или исследование эксплантированного сердца). Проводились также определение маркеров вирусной инфекции, уровня антикардиальных антител, ЭхоКГ (всем больным), сцинтиграфия миокарда (n=23), МРТ сердца (n=10), коронарография (n=36).

Результаты: участки пониженного накопления контрастного препарата выявлены у 8 пациентов (9,1%, 1 балл по предложенной нами шкале оценки результатов МСКТ), отсроченное накопление контрастного препарата в миокарде — у 40 пациентов (45,5%): у 16 субэндокардиальное (2 балла), у 17 субэпикардиальное (3 балла) и у 16 трансмуральное (4 балла). Кроме того, были выявлены жировые включения в миокарде правого (n=3, 3,4%) либо обоих (n=2, 2,3%) желудочков, некомпактный миокард левого желудочка (n=16, 18,2%),

отсроченное накопление контрастного препарата в аорте (n=1, 1,1%), гемодинамически значимый (со стенозами более 50%) коронарный атеросклероз (n=10, 11,4%), сосудистые аномалии (n=3, 3,4%), включая массивную тазовую артериовенозную мальформацию с развитием гиперволемической ДКМП.

Миокардит диагностирован у 67 больных (76,1%). Чувствительность и специфичность субэпикардиального/трансмурального отсроченного накопления контрастного препарата составили 55% и 100% при сопоставлении с данными биопсии и 44,9% и 84,6% — с данными комплексного обследования. Миокардит диагностирован у всех пациентов с коронарным атеросклерозом (МСКТ), отсроченное накопление выявлено у 40% из них; наличие стенозов не подтверждено при коронарографии у 30%. Различные типы накопления по 4-х балльной шкале коррелировали с: 1) морфологическими признаками: наличием 14 и более клеток в инфильтрате (r=0,53, p<0,05), очаговым кардиосклерозом (r=0,50, p<0,05), 2) диагностическими признаками: давностью болезни (r=-0,28, p<0,05), острым началом (r=0,36, p<0,01), связью дебюта заболевания с инфекцией (r=0,30, p<0,01), уровнем СРБ (r=0,25, p<0,05); 3) функциональными признаками: классом сердечной недостаточности (r=0,33, p<0,001), синдромом гипертрофии левого желудочка на ЭКГ (r=0,35, p<0,01), ФВ (r=-0,27, p <0,05), VTI (r = -0,46, p <0,01), E/A (r=0,43, p <0,01); 4) смертностью (r=0,44, p<0,001): ОР смерти при наличии 3-4 баллов составил 2.43 (95% ДИ 1,57-3,77, p<0.01).

Выводы: МСКТ является высокоинформативным методом диагностики у больных с синдромом ДКМП; отсроченное накопление в миокарде коррелирует с наличием миокардита, степенью функциональных нарушений и прогнозом.

0093

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ И АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Блащенко Е.Ю.

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

Цель: повышение эффективности антиаритмической терапии при лечении фибрилляции предсердий у лиц с ИБС и ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследование было включено 120 человек с персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП) на фоне ИБС и ХОБЛ (75 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 45 до 75 лет. Длительность аритмического анамнеза колебалась от 1 года до 7 лет. Частота приступов составила в среднем от 1,4 до 2,8 в месяц. Наблюдение проводилось в течение 1 года.

В процессе исследования больных разделили на две возрастные группы: 1 группа — пациенты в возрасте 45-59 лет; 2 группа — пациенты в возрасте 60-75 лет.

Каждая из возрастных групп была разделена на три подгруппы: 1А и 2А — по 20 человек, принимавших соталол в дозе 80 мг 2 раза в сутки (в подгруппы, принимающие соталол, включались пациенты с ПФП на фоне ИБС, так как прием соталола противопоказан больным с ХОБЛ); 1В и 2В — по 20 человек, принимавших аллапинин по 25 мг 3 раза в сутки; 1С и 2С — по20 человек, принимавших амиодарон по схеме: 200 мг 3 раза в сутки 7 дней, 200 мг 2 раза в сутки 7 дней, далее 200 мг 1 раз в сутки.

Оценка эффективности,проводимой терапии, осуществлялась по следующим критериям: полное прекращение приступов и урежение приступов на 70%.

Результаты исследований показали, что у больных, получавших соталол, рецидивы ФП приобрели редкий неустойчивый характер у 18 человек — 90% (p < 0,05) в 1А подгруппе, во 2А подгруппе урежение рецидивов ФП отметили 14 человек — 70% (p < 0,1). Среди больных второй подгруппы, уменьшение частоты рецидивов наблюдалось у 15 человек — 75% (p < 0,1) в каждой возрастной группе. Среди больных, получающих амиодарон, 16 человек — 80% (p < 0,05) из 1С подгруппы отметили урежение рецидивов ФП; во 2С подгруппе — 17 человек — 85% (p < 0,05).

Выводы:

1. У пациентов 45 — 59 лет наибольший эффект отмечен при назначении соталола. Однако во второй возрастной группе его применение менее эффективно, что можно объяснить наличием в данной группе со-

путствующих заболеваний, при которых применение соталола ограничено, либо совсем невозможно (ХСН IIB — III ст, облитерирующие заболевания сосудов, обструктивные заболевания дыхательных путей).

2. Достоверно значимых различий в эффективности аллапинина в обеих возрастных группах не отмечено. Достаточно высокая эффективность аллапинина у больных в возрасте 60-75 лет может быть объяснена наличием у него свойств периферического вазодилататора: уменьшение общего периферического сопротивления, увеличение сердечного выброса.

3. При леченииПФП у больных в возрасте 60-75 лет наибольшая эффективность восстановления и удержания синусового ритма отмечена при применении кордарона, Особенно его применение оправдано при сочетании ФП с ИБС, сопровождающейся развитием явлений недостаточности кровообращения.

0094

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ АНАЛИЗА В СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Бобров Андрей Львович, кандидат мед. наук

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (ВМедА)

Стресс-эхокардиография — методика визуализации преходяших нарушений механической функции миокарда прочно вошедшая в практику кардиологии и функциональной диагностики. В 1984 году впервые была продемонстрирована возможность применения эхокардиографии на фоне стресс-воздействия для диагностики ишемической болезни сердца (ИБС). Со времени появления стресс-эхокардиографии и до настоящего момента визуальный анализ локальной сократимости остаётся единственным одобренным и признанным во всём мире методом выявления признаков преходящей ишемии миокарда. С целью повышения точности метода с 90-х годов прошлого века активно используется тканевая гармоника, при недостаточной визуализации эндокарда левого желудочка (ЛЖ) рекомендовано применение внутривенных ультразвуковых контрастов. Последнее десятилетие активно изучаются возможности оценки коронарного кровотока и его резерва, использования тканевой допплерографии и анализа тканевого следа. Применение количественных методик по имеющимся данным позволяет повысить точность диагностики, внутри- и межисследовательскую воспроизводимость результата.

Среди методов количественного анализа в стресс-эхо можно выделить 4 группы. К методам оценки сократимости миокарда относятся: определение индекса локальной сократимости миокарда, динамики фракции выброса (2D и 3D), миокардиальная допплерография, анализ тканевого следа (strain, strain rate), мониторирование сердечного выброса, вычисление величины скручивания ЛЖ. Методы оценки функции расслабления миокарда включают: подсчёт количества лёгочных комет, оценка динамики диастолической функции ЛЖ, миокардиальная допплерография, анализ тканевого следа (strain rate), мониторирование времени изоволюмического расслабления (ВИВР), расчёт давления в лёгочной артерии, вычисление величины скручивания ЛЖ. Оценка перфузии миокарда производится путём допплерографии кровотока в коронарных артериях и расчёта его резерва. Оценка функции клапанов подразумевает следующие методы: расчёт давления в лёгочной артерии, динамики фракции выброса, ударного объёма, размера расчётного отверстия аортального клапана. Наибольший интерес в практическом отношении представляют методы тканевой допплерографии, анализа тканевого следа и оценки коронарного резерва.

Тканевая (миокардиальная) импульсно-волновая допплерография (DTI) — метод позволяющий оценивать скорость движения миокардиальных сегментов. Возможность количественной оценки сегментарной систолической и диастолической функции миокарда является основным преимуществом метода в сравнении с классической визуальной оценкой локальной сократимости. Показано, что применение метода повышает точность диагностики преходящей ишемии миокарда у начинающих исследователей. К недостаткам относятся: невозможность применения методики к оценке сократимости апикальных сегментов ЛЖ из-за их низкой скорости; технология зависит от угла сканирования, в связи с этим возможна оценка только продольной деформации миокарда, не учитываются поперечные смещения в апикальных позициях, необходимо дополнительное время для записи допплерограмм в 4-12 сегментарных позициях.

Анализ тканевого следа (tissue tracking imaging, 2D-Strain) — недопплеровская методика оценки смещения и деформации миокардиальных сегментов основанная на компьютерном анализе серошкального изображения. Метод обладает рядом преимуществ по сравнению с визуальной оценкой сегментарной функции: также возможна количественная оценка сегментарной функции сокращения и расслабления миокарда; технология независима от угла сканирования, позволяет изучать продольную, радиальную (поперечную) и циркулярную

(скручивание) деформацию миокарда; оценивает не только степень смещения сегментов в пространстве, но и (невидимую глазу) степень укорочения сегментов миокарда; метод применим ко всем сегментам миокарда, включая апикальные; возможна оценка движения как эндокардиальной, так и эпикардиальной части сегментов; меньшее время (в сравнении с DTI) на запись необходимых изображений, применение метода также повышает точность диагностики ИБС. Среди недостатков необходимо выделить: результат зависим от качества серошкального изображения, частота смены кадров должна быть не менее 55-60 в секунду, что требует ограничения глубины и размера сектора сканирования.

Единственным из количественных методов анализа вошедших в руководство Европейской ассоциации эхокардиографистов (2008) явилась оценка резерва коронарного кровотока. Методика рекомендована для применения с целью повышения точности диагностики ИБС. Она предусматривает допплерографическую оценку диастолического коронарного кровотока в магистральных бассейнах, расчёт его резерва. Целесообразно проведение теста с дипиридамолом. Бассейн передней межжелудочковой артерии подвержен наилучшей визуализации (от 93 до 96%). В тоже время бассейны правой коронарной и огибающей артерий визуализируются только в 3-88% случаев. Среди дополнительных недостатков метода выделяются: трудность визуализации кровотока в артериях при тестах с физической нагрузкой и на фоне введения добутамина, трудность выявления дистальных сегментов и ветвей магистральных артерий.

Применение остальных методов количественного анализа как правило носит избирательный характер и предназначено для решения узких диагностических задач таких как: выявление и оценка выраженности сердечной недостаточности, оценка тяжести поражения клапанного аппарата сердца.

0095

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ: ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Бобров А.Л.

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

Проведение нагрузочных проб у пациентов с постоянными электрокардиостимуляторами (ПЭКС) представляется сложным, а интерпретация полученных результатов затруднительна. В данной работе предлагается авторский взгляд на методику стресс-эхокардиографии (стресс-эхо) у больных с ПЭКС.

Особенности анализа стресс-эхо с электрокардиостимуляцией (ЭКС):

- в ходе тестирования увеличивается ЧСС, АД и венозный возврат к сердцу не меняется, систолический и диастолический объёмы — уменьшаются (Y. Rozenman, 1984),
- оценивается только степень утолщения миокарда (E. Picano, 2002),
- степень смещения сегмента в систолу уменьшается с увеличением частоты стимуляции, поэтому, её изменение не учитывается,
- увеличение фракции выброса в норме не наблюдается (Y. Rozenman, 1984)
- ишемические изменения чаще выявляются в зонах прилежащих к месту имплантации электрода (E. Skalidis, 2001),
- у обследуемых с желудочковой стимуляцией — необходимо учитывать наличие диссинхронии миокарда (J. Gomes, 1977); диссинхрония регистрируется у 70% лиц с правожелудочковой стимуляцией (E. Picano, 2002).

Варианты теста у пациентов с ПЭКС:

1. Тест у больных с преимущественной предсердной стимуляцией в ходе нагрузочного теста. Необходим режим частотной адаптации. Отсутствуют какие-либо особенности анализа ЭКГ и эхокардиограммы.

2. Стресс-эхо у пациентов с преобладающей желудочковой стимуляцией в покое и на фоне нагрузочного теста при имеющемся полном атрио-вентрикулярном блоке. Изолированный ЭКГ анализ невозможен. Стресс-эхокардиография является методов выбора.

3. Стресс-эхо у больных с бивентрикулярными устройствами. Анализ элекро- и эхокардиограммы аналогичен предыдущему пункту.

4. Проба у больных с преобладающей желудочковой стимуляцией в состоянии покоя на фоне имеющегося АВ блока. При тахикардии проводимость АВ узла может улучшается, что обеспечивает адекватное проведения собственного импульса на желудочки без необходимости в дополнительной их стимуляции. Анализ ЭКГ затруднён. Стресс-эхо анализ возможен в случае получения идентичных (по механизму распространения возбуждения в миокарде) записей в покое и на высоте теста.

Виды стресс-агента определяется исходя из параметров ЭКС:

1. Тест с физической нагрузкой. Проведение теста целесообразно у всех больных способных к выполнению целевой физической нагрузки. Вариант предпочтителен у обследуемых при наличие идентичного источника ритма в состоянии покоя и на высоте стресс-теста.

2. Фармакологический тест. Оправдан у больных с имплантированными устройствами по поводу интермиттирующей брадикардии без признаков активности ЭКС в состоянии покоя.

3. Тест с ЭКС. Осуществляется в режиме программируемой стимуляции посредством установленного у пациента ПЭКС. Тест абсолютно показан всем пациентам не способным к выполнению адекватной физической нагрузки. При оценке эхограммы необходимо учитывать наличие явлений диссинхронии связанной с желудочковой стимуляцией.

Преимущества стресс-эхокардиографии с ЭКС:

- в ходе теста больной не совершает движений, не усиливает дыхание, что даёт возможность получить более качественные ЭхоКГ записи,
- тест оптимален у больных с мышечной слабостью, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, поражением сосудов нижних конечностей,
- проба не инвазивна в отличие от фармакологических тестов,
- высокая безопасность метода, связанная с возможностью немедленного прекращения стимуляции; сопоставимая с тестами с физической нагрузкой,
- возможность проведения теста без дорогостоящей ЭКГ стресс-системы,
- короткое время на подготовку исследования в отличие фармакологических тестов.

Недостатки стресс-эхокардиографии с ЭКС:

- тест не физиологичен из-за отсутствия увеличения венозного возврата к сердцу,
- необходимо наличие программатора ПЭКС и врача-аппликатора,
- невозможность достижения субмаксимальной ЧСС у обследуемых с некоторыми моделями постоянных ЭКС.

0096

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Бобров А.Л.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра пропедевтики внутренних болезней

Стресс-эхокардиография — ультразвуковая методика исследования сердца, проводимого с целью регистрации ишемии миокарда, индуцированной физическими, фармакологическими и другими стресс-агентами, оценки коронарного и миокардиального резерва, функционального состояния клапанного аппарата сердца.

Стресс-эхокардиография показана в следующих клинических ситуациях:

- Верификация симптомной ИБС у больных со стенокардией или ее эквиваленты при наличии выраженных реполяризационных изменений ЭКГ, средней и высокой претестовой вероятности ИБС (рис. 1) и сомнительных результатах предшествующего ЭКГ-тестирования;
- Верификация симптомной ИБС у больных с острой кардиалгией при средней и высокой претестовой вероятности ИБС и отсутствии динамики ST и кардиопецифических ферментов,
- Верификация ИБС у больных без стенокардии с впервые выявленной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) или дисфункцией ЛЖ у больных со средним и высоким сердечно-сосудистым риском (HeartScore); впервые выявленной фибрилляцией предсердий у лиц среднего и высокого риска.
- оценка кардиального риска: у больных перенесших нестабильную стенокардию или инфаркт миокарда (ИМ)

без подъёма ST, если не запланировано проведение коронарной ангиографии; после хирургической реваскуляризации в случае послеоперационной кардиалгии (исключая ранний послеоперационный период); при выявленном коронарном кальцинозе 400 баллов и более по шкале Agatson и при отсутствие симптомов ИБС.

- оценка жизнеспособности миокарда: при наличие гемодинамически значимых стенозов по данным коронарной ангиографии и показаний к реваскуляризации.
- оценка гемодинамики: при сомнительном аортальном стенозе с низким выбросом (добутаминовый тест); при легком или умеренном симптомном аортальном стенозе; при асимптомном тяжелом аортальном стенозе или митральной недостаточности, если размеры и функция ЛЖ не удовлетворяют показаниям к оперативному лечению.

Стандартные методы используемые в стресс-эхокардиографии: субъективное сопоставление динамики 2D изображения в ходе стресс-теста (качество результата определяется опытом исследователя); оценка динамики фракции выброса ЛЖ в ходе стресс теста (измерение вручную долго и трудоёмко); оценка сегментарной сократимости и расслабления миокарда при помощи тканевой допплерографии (не применима к апикальным сегментам ЛЖ из-за их низкой скорости, технология зависит от угла сканирования, возможна оценка только продольной деформации миокарда, не учитывается поперечные смещения в апикальных позициях); контрастная стресс-эхокардиография (позволяет улучшить качество визуализации эндокарда).

Новые методы используемые в стресс-эхокардиографии: улучшение качества 2D-изображения; применение технологии 2D-Strain (Speckle tracking, анализ тканевого следа) — анализ сегментарной систолической и диастолической функции всех сегментов миокарда, возможность изучения продольной, поперечной и циркулярной деформации миокарда, технология не зависима от угла сканирования); оценка динамики фракции выброса с использованием автоматического анализа после обводки эндокарда в фазу диастолы).

Дополнительные методы используемые в стресс-эхокардиографии: постпроцессинговая трёхмерная визуализация для улучшение пространственного восприятия нарушений локальной сократимости, оценка функционального состояния клапанного аппарата сердца при пороках сердца — определение показаний к оперативному лечению в случаях сомнительной клинической и/или эхокардиографической симптоматики, оценка коронарного кровотока в ходе стресс-теста для изучение коронарного резерва, выявление ранних признаков миокардиальной дисфункции и оценка резерва систолической и диастолической функции сердца.

0097

ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С И БЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Богатырев С.Н., Симонова Г.И., Малютина С.К.

ФГБУ «НИИ терапии СО РАМН», Новосибирск

Цель. Изучить показатели связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) в зависимости от наличия или отсутствия метаболического синдрома (МС).

Методы исследования. В исследовании КЖ популяции Новосибирска, проведенном как дополнительный фрагмент проекта «Детерминанты сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе: когортное исследование» (HAPIEE) в 2003-2005 гг., изучены показатели КЖ в случайной репрезентативной выборке 4925 лиц в возрасте 45-69 лет (2156 мужчин и 2769 женщин) — постоянных жителей Октябрьского района города Новосибирска. Выборки были сформированы на основе избирательных списков с помощью таблицы случайных чисел. Объем выборок определялся протоколом программы.

МС диагностировался в соответствии с Российскими рекомендациями Комитета экспертов Всероссийского научного общества кардиологов.

Результаты. Стандартизованные по возрасту показатели КЖ у мужчин с и без МС составили: по шкале физического функционирования — 78,9 и 82,7 ($p<0,05$); по шкале ролевого физического функционирования — 64,1 и 67,1; по шкале боли 71,5 и 72,1; по шкале общего здоровья — 50,6 и 53,9 ($p<0,05$); по шкале ролевого эмоционального функционирования — 69,1 и 69,8; по шкале социального функционирования — 79,3 и 80,1; по шкале жизнеспособности — 61,7 и 61,3; по шкале психического здоровья -66,2 и 65,2.

Стандартизованные по возрасту показатели КЖ у женщин с и без МС составили: по шкале физического функционирования — 65,9 и 72,6 ($p<0,05$); по шкале ролевого физического функционирования — 44,3 и 49,6 ($p<0,05$); по шкале боли 58,1 и 60,6 ($p<0,05$); по шкале общего здоровья — 45,6 и 48,1 ($p<0,05$); по шкале ро-

левого эмоционального функционирования — 50,6 и 53,2; по шкале социального функционирования — 70,0 и 71,1; по шкале жизнеспособности — 50, 1 и 51,5; по шкале психического здоровья -56,4 и 65,9.

Полученные результаты показывают, что значимые различия в показателях качества жизни у мужчин с и без МС наблюдались лишь по двум из восьми шкал — общего здоровья и физического функционирования, тогда как у женщин с и без МС значимые различия наблюдались по четырем из восьми шкал — физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли, общего здоровья.

Следует отметить, что как у мужчин, так и у женщин значимо более низкие показатели КЖ у лиц с МС по сравнению с лицами без МС наблюдались лишь по шкалам, характеризующим т.н «физическое здоровье», тогда как по шкалам, характеризующим т.н. «психическое здоровье», значимых различий между лицами с МС и лицами без МС не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, у лиц с метаболическим синдромом наблюдалось снижение показателей связанного со здоровьем качества жизни по отдельным шкалам. У женщин с метаболическим синдромом снижение показателей связанного со здоровьем качества жизни наблюдалось по большему количеству шкал (по четырём), чем у мужчин (по двум).

0098

РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ СОВРЕМЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Богачевская С.А.[1], Бондарь В.Ю.[2], Богачевский А.Н.[1], Хотченков М.В.[1], Никифоров В.С.[3]

[1] ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии», г. Хабаровск;

[2] Дальневосточный Государственный Медицинский Университет, г. Хабаровск;

[3] ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, г. Санкт-Петербург; Россия

Рост и развитие миниинвазивных методик лечения пороков и нарушений ритма сердца, предполагающих использование диагностической рентгеноскопии, повышает лучевую нагрузку не столько на пациента, сколько на медперсонал. В этой связи оправдан интерес современной интервенционной кардиологии к применению эхокардиографии (ЭхоКГ) не только как метода диагностики и послеоперационной оценки, но и в качестве метода контроля проведения процедуры. При этом степень использования нефлюороскопического контроля проведения процедуры различна.

Целью исследования было проанализировать частоту и возможности выполнения интраоперационной эхокардиографии при современных миниинвазивных вмешательствах в условиях сердечно-сосудистого центра.

Материал и методы. В Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии г. Хабаровска с 2010 г. под эхокардиографическим контролем проведено: эндоваскулярная хирургическая коррекция (ЭВХ) дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) — 55 процедур, ЭВХ дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — 5, трансапикальное гибридное закрытие ДМЖП — 13, чрескожная имплантация аортального клапана (TAVI) — 3, торакоскопическая эпикардиальная аблация устьев легочных вен — 3, пункции межпредсердной перегородки при радиочастотной аблации левого предсердия — 145, имплантации электрокардиостимулятора — 19.

Результаты. С учетом «востребованности» диагностической ЭхоКГ можно выделить 3 группы вмешательств: I. процедуры, при которых интраоперационная ЭхоКГ является дополняющим методом диагностики, а основным методом контроля — рентгеноскопия (ЭВХ ДМЖП, ЭВХ ДМПП, TAVI); II. процедуры, при которых ЭхоКГ является основным методом контроля (торакоскопическая эпикардиальная аблация устьев легочных вен, гибридное закрытие ДМЖП); III. процедуры, для которых точная роль интраоперационной ЭхоКГ полностью не определена (имплантация электрокардиостимулятора под контролем ЭхоКГ). Методика эхокардиографического контроля миниинвазивных вмешательств требует практических доработок. В группы II и III вошли процедуры, включающие в себя более новые оперативные вмешательства.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о повышении роли интраоперационной эхокардиографии для контроля миниинвазивных вмешательств. В то же время, прогресс в интервенционной кардиологии требует совершенствования методики эхокардиографического контроля.

0099

ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д.В.

ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» Минздрава РФ, Челябинск

Цель исследования — оценка систолической функции левого желудочка (ЛЖ) при гипертрофической необструктивной кардиомиопатии (ГНКМП) с помощью традиционных и новых эхокардиографических показателей.

Методы исследования. Обследованы 67 больных ГНКМП, мужчин — 41, женщин — 26; средний возраст — 42,0 ± 1,52 года. Группа контроля — 30 пациентов без кардиологической патологии. Инструментальные методы исследования включали в себя ЭКГ, ЭхоКГ по стандартной методике. Из показателей систолической функции ЛЖ рассчитывали фракцию выброса (ФВ), измеряли экскурсию стенок и фракцию утолщения межжелудочковой перегородки (ФУМЖП) и задней стенки левого желудочка (ФУЗСЛЖ). Рассчитывали фракцию укорочения средних волокон (ФУСВ).

Полученные результаты. При ГНКМП снижение ФУСВ обнаружено примерно у 35% больных, при этом у 6% имело место снижение ФУСВ менее 10%. Лишь у 2 больных с ГНКМП при этом была снижена ФВ. Снижение ФУСВ не выявлено в группе контроля, снижение ФВ в этой группе также отсутствовало. При ГНКМП имело место снижение ФУСВ в сравнении с нормой (ГНКМП — 14,9±0,48%, группа контроля — 20,7±0,35%, p<0,001), без снижения ФВ (при ГНКМП — 70,2±1,01%, группа контроля — 69,1±1,00%, p>0,05). При ГНКМП обнаружено снижение подвижности межжелудочковой перегородки (ФУМЖП при ГНКМП 28,9±1,67%, в группе контроля — 50,5±2,18%, p <0,001) и задней стенки левого желудочка (ФУЗСЛЖ при ГНКМП 54,8±1,63%, в группе контроля — 62,7±2,26%, p=0,039). Таким образом, при ГНКМП, несмотря на равномерную в целом гипертрофию миокарда ЛЖ, имела место гипокинезия преимущественно межжелудочковой перегородки. По результатам корреляционного анализа наиболее сильная корреляционная связь выявлена между ФУСВ и ФУМЖП (коэффициент корреляции 0,74, p <0,05). Данную связь нельзя полностью объяснить особенностями расчета двух показателей. В формуле расчета ФУСВ используется как показатель толщины межжелудочковой перегородки, так и толщины задней стенки ЛЖ в диастолу. Связь же ФУСВ с параметрами подвижности задней стенки ЛЖ существенно слабее, для экскурсии задней стенки связь недостоверна. С учетом сложности расчета ФУСВ, в ряде случаев, вероятно, возможно использование более простого показателя фракции утолщения стенки для приблизительной оценки нарушений систолической функции.

Выводы:

1. При ГНКМП имеет место снижение сократительной функции ЛЖ, рассчитанное по показателю ФУСВ. Такие нарушения отмечены у 35% больных.

2. Снижение ФУСВ в 50-70%случаев не сопровождается снижением фракции выброса ЛЖ.

3. Нарушения систолической функции ЛЖ при ГНКМП преимущественно связаны со снижением сократимости межжелудочковой перегородки, несмотря на равномерное развитие гипертрофии миокарда при данной форме заболевания.

0100

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АРИТМИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д.В., Салашенко А.О.

ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» Минздрава РФ, Челябинск

Цель исследования: оценка результатов суточного мониторирования ЭКГ при гипертрофической необструктивной кардиомиопатии (ГНКМП), взаимосвязь выявленных аритмий с клиническими проявлениями заболевания.

Материалы и методы исследования: Обследованы 53 больных ГНКМП (мужчин-40, женщин-12); средний возраст — 43,4±1,74 года. Инструментальный комплекс включал ЭКГ, ЭхоКГ и допплерэхокардиографию по стандартной схеме, суточное мониторирование ЭКГ при помощи системы Кардиотехника-4000 (ИНКАРТ, Россия). Определяли среднее количество наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ) и желудочковых экстрасистол (ЖЭС) за 1

час, суммарное количество парных ЖЭС, пароксизмов наджелудочковых и желудочковых тахикардий, фибрилляции предсердий (ФП). Оценивали частоту эпизодов аритмий за сутки и отдельно в дневное и ночное время.

Результаты исследования. При ГНКМП преобладающими аритмиями оказались ЖЭС (60%) и частая НЖЭ (42%). При этом ЖЭС низких градаций преобладали (у 39% больных или 65% всех ЖЭС). Эпизодов пароксизмальных желудочковых тахикардий в исследованной группе не обнаружено. Вероятно, это связано с преобладанием пациентов с относительно умеренными проявлениями заболевания. ФП у пациентов данной группы отмечена примерно в 10% случаев. В целом аритмический синдром имел место у 96% обследованных нами больных. Жалобы на «перебои в работе сердца», «замирание сердца» предъявляли 28,5% больных, на эпизоды сердцебиений — 32,7 %. Обе группы жалоб присутствовали в 12,2% случаев. «Аритмические» жалобы отмечены у женщин в 53% случаев, у мужчин — в 20% (p =0,0001), что вероятно, связано с большей эмоциональностью женщин. У 7 (14,3%) больных ГНКМП отмечены эпизоды синкопальных состояний, можно предположить их связь с нарушениями ритма. Лишь в 5 (9,4%) случаях жалобы четко совпали с наличием каких-либо аритмий по данным суточного мониторирования ЭКГ, из них в 4 случаях — у женщин. Жалобы «аритмического» характера у больных ГНКМП могут соответствовать преимущественно желудочковым нарушениям ритма. Средняя градация ЖЭС составила у пациентов с наличием жалоб 1,67 ±0,33, без жалоб — 0,72 ±0,18, p=0,02; частота ЖЭС за сутки при наличии жалоб — 394 ±160, без жалоб — 35,5 ±19,1, p=0,04. По другим нарушениям ритма достоверных отличий не выявлено, в отношении НЖЭ прогностическая ценность таких жалоб невелика.

Выводы:

1. Преобладающими нарушениями ритма при ГНКМП оказались желудочковая экстрасистолия (60% больных) и частая наджелудочковая экстрасистолия (42%).

2. Примерно 30% больных ГНКМП, преимущественно женщины, предъявляли жалобы аритмического характера, в 9,4% случаев жалобы четко совпадали с объективно выявленными НРС. Такие жалобы соответствовали преимущественно желудочковым нарушениям ритма.

0101

НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Богмат Л.Ф., Никонова В.В., Головко Т.А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина

Цель: изучить особенности нейрогуморальной регуляции и состояние диастолической функции левого желудочка сердца (ЛЖ) у подростков с различной патологией миокарда.

Материалы и методы: 176 подростков 13-18 лет с различной патологией миокарда, из них: 69 — с различными нарушениями ритма и проводимости, 28 — с вторичной кардиомипатией токсико-инфекционного генеза, 46 — с диспластической кардиомиопатией, 10 — с синдромом перенапряжения миокарда и 23 — с миокардиофиброзом. Контрольную группу составили 69 здоровых сверстников. Ультразвуковое исследование сердца и допплерэхокардиография проведены с помощью цифровой системы ультразвуковой диагностики SA 8000 Live по стандартной методике. Из параметров, характеризующих диастолическую функцию, рассматривались: пиковая скорость ранне-диастолического наполнения ЛЖ (пик Е), пиковая скорость поздне-диастолического наполнения ЛЖ (пик А), время изоволюмического расслабления, время замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ. Оценку состояния симпато-адреналовой системы (САС) проводили флюорометрическим методом по Е.Ш. Матлиной. Ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) оценивали по результатам радиоиммунологического исследования на гамма-счетчике «Наркотест». Статобработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ „SPSS 17.0”.

При изучении диастолической функции ЛЖ выявлено достоверное снижение пика Е (p<0,01; p<0,01), пика А (p<0,01; p<0,01) в группе с нарушением ритма и в группе пациентов с миокардиофиброзом, по сравнению с группой контроля. Увеличение соотношения Е/А › 2 также регистрировалось у пациентов с миокардиофиброзом и в группе с нарушением ритма (p<0,05; p<0,02). В этих же группах отмечается тенденция к замедлению скорости изоволюмического расслабления и укорочение времени замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ.

При оценке САС выявлено достоверное увеличение как адреналина (p<0,01; p<0,01; p<0,01; p<0,01; p<0,05), так и норадреналина (p<0,001; p<0,05; p<0,01; p<0,01; p<0,05) во всех исследуемых группах. При изучении РААС, гиперпродукция ангиотензина II отмечена во всех исследуемых группах (p<0,05; p<0,05; p<0,05; p<0,001; p<0,01). В то время как концентрация ренина и альдостерона имела лишь тенденцию к увеличению у юношей с диспластической кардиомиопатией.

Таким образом, у подростков всех групп выявлена гиперпродукция катехоламинов и увеличение концентрации ангиотензина II, но лишь у юношей с нарушением ритма и в группе с миокардиофиброзом это сопровождается формированием диастолической дисфункции левого желудочка, что характеризуется снижением пиков Е и А и увеличение соотношения Е/А › 2.

0102

ТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА

Богмат Л.Ф., Рак Л.И., Головко Т.А., Ахназарянц Э.Л.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», Харьков

Снижение функциональной способности сердца происходит на фоне различной патологии сердечно-сосудистой системы и является состоянием, которое у части больных постепенно трансформируется в хроническую сердечную недостаточность (ХСН). Коррекция ХСН затруднена в связи с частым латентным течением, отсутствием четкой тактики лечения и профилактики прогрессирования на этапах дисфункции сердца. Цель исследования: разработать оптимальные комплексы лечения для детей и подростков с систолической дисфункцией миокарда и оценить их эффективность.

Обследованы 84 ребенка 12-18 лет со снижением систолической функции сердца (фракция выброса левого желудочка — ФВлж в пределах от 40 до 60 %) на фоне патологии миокарда (миокардиофиброз, вторичные кардиомиопатии, хронические нарушения ритма). 42 из них назначалась терапия ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл или каптоприл в возрастных дозировках) в течение 6-12 месяцев; 42 пациента получали курсы (в течение 4-6 недель) кардиометаболических препаратов (L-карнитин, тиотриазолин, триметазидин) 2-3 раза в год. Перед началом лечения и через год после оценивали изменения морфофункциональных показателей сердца (ЭХО-КГ, ЭХО-КГ с физической нагрузкой, тест «6-минутная ходьба»), нейрогуморальных систем: (САС — суточная экскреция катехоламинов с мочой флуорометрическим методом; РААС — активность ренина плазмы, уровни ангиотензина-II и альдостерона радиоиммунологическим методом («IMMUNOTECH», Чехия); уровни IL-1β, IL-6, TNFα в сыворотке крови иммуноферментным методом («Вектор-Бест», Новосибирск). Изменения изучаемых параметров в динамике оценивались с помощью χ^2-критерия Пирсона.

Установлено, что терапия иАПФ, как у детей с субклинической ХСН (ФВ ниже 55 %), так и с пограничным снижением ФВлж (55-60 %) приводит к положительным изменениям морфофункциональных параметров сердца и общей гемодинамики: повышается ФВлж (с 51,2±1,3% до 59,0±1,8%; pX2<0,001) и ударный объем (УО, с 53,1±4,7 мл до 68,0±5,7 мл; pX2<0,001), снижается общее периферическое сопротивление сосудов, увеличивается дистанция 6-минутной ходьбы (499,3±11,9 м до 514,2±9,5 м (χ2=49,6; pX2<0,001). При этом уменьшается суточная экскреция норадреналина (pX2<0,001), содержание ангиотензина-II (pX2<0,05) и альдостерона (px^2<0,05), IL-1β, IL-6, TNFα (pX2<0,001) в крови. Эффективность терапии констатирована у 82,0 % пациентов. На фоне кардиометаболических препаратов положительная динамика отмечалась лишь у 33,7 % пациентов. В целом наблюдалось снижение ФВлж (с 60,2±2,0 % до 58,5±2,1 %, px^2<0,001) и УО (с 66,1±3,7 до 63,3±3,6 мл; px^2<0,001), увеличивалась экскреция норадреналина (pX2<0,001), повышались уровни ангиотензина-II плазмы (pX2<0,001) и альдостерона (pX2<0,001), IL-1β и TNFα (px^2<0,05).

Доказана необходимость назначения иАПФ детям и подросткам с субклинической ХСН. Разработана тактика назначения препаратов патогенетического и кардиометаболического действия детям с систолической дисфункцией миокарда.

0103

НЕСТАЦИОНАРНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА: ПОВТОРНОЕ ВЕЙВЛЕТНОЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ

Божокин С.В., Суслова И.Б., bsvjob@mail.ru, ibsus@mail.ru

Санкт-Петербургский государственный политехнический универитет, СПб

Цель: Вариабельность сердечного ритма (ВСР), основанная на анализе ритмограммы — последовательности RR интервалов между соседними ударами сердца, позволяет оценить работу сердечно-сосудистой системы. Однако статистические параметры, описывающие ВСР (RRNN, SDNN, RMSSD), спектральные характеристики кардиоинтервалов, использующие преобразование Фурье (VLF,LF,HF), и гистограммные методы (SI), могут использоваться только в стационарных ситуациях, когда спектральные свойства сигнала не изменяются во времени. Работа посвящена разработке методов анализа нестационарной вариабельности сердечного ритма (ВСР) во время функциональных проб.

Методы: Модельный сигнал ритмограммы сердца представлен в виде суперпозиции гауссовых пиков одинаковой амплитуды. Центры сердечных ударов с номером n, разделенные промежутками времени RRn, расположены на существенно неравномерной сетке, характеризующейся моментами времени tn, где tn=tn-1+RRn, n=1,2,3..N−1, t0=RR0. Такая модель ритмограммы имеет частотную модуляцию и допускает получение аналитического выражения для непрерывного вейвлетного преобразования (CWT) с использованием вейвлета Морле. Максимальное значение CWT позволяет рассчитать зависимость локальной частоты $\nu max(t)$ в любой момент времени t. Повторное непрерывное вейвлет-преобразование (DCWT) для сигнала $\nu max(t)$ анализирует как апериодические, так и колебательные движения локальной частоты $\nu max(t)$ относительно тренда.

Результаты: С помощью метода повторного вейвлет-преобразования рассмотрена модель функциональной пробы с глубоким дыханием (DB), при которой ритмограмма состоит из трех этапов A, B, C. На стадии покоя A ритмограмма представляет собой частотно-модулированный сигнал в виде суперпозиции нескольких колебаний с фиксированными частотами и коэффициентами модуляции. Этап B, соответствующий глубокому дыханию, характеризуется единственной частотой 0,1 Гц (6 циклов дыхания в минуту). Этап релаксации C отличается от этапа A другими параметрами частот и коэффициентов модуляции. Используя данную модель ритмограммы, вычислены скелетоны и спектральные интегралы в диапазонах ULF,VLF,LF,HF, характеризующие поведение локальной частоты $\nu max(t)$ и найдены характерные времена нарастания и затухания частот.

Выводы: Представленный метод расчета нестационарной ритмограммы (DCWT) позволяет получать количественные параметры, характеризующие различные нарушения ритма сердца во время функциональных проб. Вычисление длительности переходных процессов дает возможность изучать динамику взаимодействия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Данный метод может быть применен для анализа ритмограммы во время сеанса биологической обратной связи, а также для диагностики сердечно-сосудистых и легочных заболеваний во время многих функциональных проб (велоэргометрия, бегущая дорожка, ортостатические, дыхательные, фармакологические и психоэмоциональные пробы).

0104

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И БРОНХООБСТРУКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ, ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Болотова Е.В., Павлищук С.А.

ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар

Цель исследования: определение частоты системной артериальной гипертензии при бронхообструктивной патологии по данным популяционного исследования. Методы исследования. Частота сочетания артериальной гипертензии (АГ) и обструкции бронхов определена по итогам сплошного обследования взрослого организованного сельского населения Краснодарского края. Скрининг выполнен у 1727 человек, средний возраст 49,6±8,7 лет. Оценка функции внешнего дыхания проведена на аппарате «Pneumoscreen-II» (фирма E.Jager, Германия).

Результаты. Среди свободных от бронхообструктивных заболеваний АГ имели 12,3%, при наличии обструкции бронхов АГ встречалась достоверно чаще, чем в популяции и составила 33,4% ($p<0,01$). Среди мужчин без обструкции бронхов частота АГ составила 15,4%, у больных с обструктивными заболеваниями легких — 36,4%.

Наибольшая частота системной АГ у мужчин без обструкции бронхов приходится на начало пятого десятилетия жизни (20,2%), на третьем десятилетии жизни АГ встречается в 11,5% случаев, на шестом — 18,1%. Среди женщин без обструкции бронхов частота АГ составила 9,4%. Максимальная частота АГ у женщин приходится на возраст 55-59 лет (30,8%). У женщин с бронхообструктивным синдромом АГ встречалась в 2,8 раза чаще, чем в популяции (26,6%). Отмечено увеличение ее частоты с возрастом: на третьем десятилетии жизни повышения артериального давления (АД) у имеющих обструкцию бронхов не зарегистрировано; на пятом десятилетии АГ встречалась у 30% обследованных, на шестом — у 36,1%. Проведен расчет величины коэффициентов согласия частоты выявления у больных обструктивными заболеваниями легких избыточной массы тела (ИМТ≥25 кг/м2) и системной АГ по отношению к здоровым соответствующего пола и возраста. В возрасте до 30 лет не случайное сочетание имеется только в отношении частот выявления АГ — обструктивные заболевания легких у мужчин (χ^2=5,9; p<0,05); с увеличением возраста частота сочетания системной АГ, избыточной массы тела и обструктивных заболеваний легких значительно увеличивается (χ^2=10,2; p<0,01). У женщин избыточная масса тела является строгим фактором риска обструкции бронхов в возрастной группе 40-44 года (χ^2=37,4; p<0,001). Мужчины с обструктивными заболеваниями легких и избыточной массой тела имели системную АГ в 42% случаев, женщины аналогичной группы — в 37,5% (p>0,05). Проанализированы показатели петли поток-объем у обследованных без бронхолегочной патологии и больных обструктивными заболеваниями легких в зависимости от величины АД и ИМТ. Методом выборки копии-пары внутри каждой группы подбирались лица одного пола, возраста и массы тела, но с различными показателями диастолического АД (от 80 мм рт. ст. и выше с интервалом 5 мм рт. ст.). Корреляционных связей между данными параметрами выявлено не было.

Выводы. Таким образом, системная АГ при обструктивных заболеваниях легких выявляется у мужчин в 2,4 раза, а у женщин в 2,8 раза чаще, чем в популяции. Обнаружена высокая частота сочетания бронхиальной обструкции, избыточной массы тела и системной АГ.

0105

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Болотова Е.В., Комиссарова И.М.

ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар; МБУЗ Северская ЦРБ, Краснодарский край

Цель исследования — изучить распространённость и гендерные особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в сельской популяции Краснодарского края.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ амбулаторных медицинских карт 400 человек (78,5 % женщин, 11,5% мужчин, средний возраст 42,03±15,44 лет, в том числе у мужчин — 42,88±15,4 лет, у женщин — 41,80 ±15,28 лет). Статистические данные представлены в виде M±SD.

Результаты. Средний ИМТ составил 28,02±6,44 кг/м2, в том числе у мужчин — 28,78 ± 5,52 кг/м2, у женщин — 27,81 ± 6,44 кг/м2. Доля пациентов с ожирением (ИМТ≥30 кг/м2) среди женщин была на 11,2% выше. Средний показатель количества жировой массы (ЖМ) составил 26,89±2,99 кг, тощей массы (ТМ) — 50,85±10,20 кг, активной клеточной массы (АКМ) — 30,3±8,48 кг, доли АКМ в % — 59,35±10,67%. Среднее значение показателя ЖМ у женщин было на 4, 85% выше, чем у мужчин. Поскольку у мужчин физически более развита мышечная масса, то средние показатели тощей массы у мужчин были на 25,98%, АКМ на 27,12%, общей жидкости на 25,73 % выше, чем у женщин. Средний объём талии (ОТ) в группе обследованных составил 89,23±15,79 см, средний объём бёдер (ОБ) — 106,87±12,53 см, отношение ОТ/ОБ — 0,83±0,09, плече-лодыжечный индекс (ПЛИ) — 1,11±0,11. У мужчин средний показатель ОТ составил 98,55±16,78 см, у женщин — 86,67±15,79 см (p<0,0001). Показатель ОБ у мужчин равнялся 106,69±9,75 см, у женщин — 106,92±12,53 см. Отношение ОТ/ОБ у мужчин — 0,91 ± 0,09, у женщин — 0,80±0,09 (p<0,0001). ПЛИ у мужчин равнялся 1,09 ± 0,09, у женщин — 1,12 ± 0,11. Средний уровень систолического артериального давления (САД) по группе в целом составил 130,70±18,60 мм рт ст, диастолического АД (ДАД) — 81,95±10,58 мм рт ст., в том числе уровень САД у мужчин — 138,20 ± 18,52 мм рт. ст., у женщин — 128,64 ± 18,60 мм рт. ст. (p<0,003); уровень ДАД у мужчин — 85,06 ± 10,03 мм рт. ст., у женщин — 81,09 ± 10,58 мм рт. ст. (p<0,03). Курение в анамнезе выявлено у 17,5%, курящих пациентов среди мужчин было больше на 7,31%. Гиподинамия зарегистрирована у 18% обследованных, в том числе у 17% женщин и 20% мужчин. Средний уровень холестерина сыворотки крови составил 4,97 ммоль/л±1,08 ммоль/л, в том числе у мужчин — 5,0±1,06 ммоль/л, у женщин — 4,97 ± 1,08 ммоль/л. Средний уровень глюкозы плазмы крови составил 4,77±1,05 ммоль/л, в том числе у мужчин — 4,96 ± 1,02 ммоль/л, у

женщин — 4,72 ± 1,05 ммоль/л.

Выводы. Разработка профилактических программ и ее реализация в конкретном регионе должна осуществляться с учетом гендерных особенностей распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

0106

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ ИРКУТСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА)

Большедворская О. А., Протасов К. В., Дворниченко В. В., Шелехов А. В., Середа Н. Н., Менг А. А.

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

ГБУЗ «Иркутский областной онкологический диспансер», Иркутск, Россия

Цель: изучить частоту обнаружения, особенности течения и исходы инфаркта миокарда (ИМ) у онкологических больных, после перенесенного хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 26644 историй болезни пациентов хирургического профиля Иркутского областного онкологического диспансера, которым проводились оперативные вмешательства по поводу опухолей различных локализаций. Рассчитывали частоту развития ИМ в %. Анализировали клинические особенности и исходы ИМ за время госпитализации.

Результаты. Всего выявлено 32 случая верифицированного ИМ у 18 мужчин (56,3%) и 14 женщин (43,7%). Частота развития послеоперационного ИМ составила 0,12%. Средний возраст пациентов с ИМ — 67,8±10,0 лет. Женщины были достоверно старше мужчин (72,7±9,0 и 63,9±9,1 лет, соответственно, p=0,006). Среди больных ИМ у 25 (78,2%) хирургические вмешательства проведены по поводу злокачественных новообразований, У 65,6% больных при предоперационном обследовании была выявлена хроническая ИБС. При этом 13 человек (40,6%) ранее перенесли ИМ. 13 пациентов страдали артериальной гипертензией, 12 хронической сердечной недостаточностью, 5 — сахарным диабетом, 3 — хронической обструктивной болезнью легких. В среднем, ИМ развивался на третьи сутки после операции. У девяти пациентов (28,1%) ИМ диагностирован в течение первых суток. Подъем сегмента ST на ЭКГ отмечался у 9 (28,1%) человек, ИМ без подъема ST диагностирован в 21 (65,6%) случаев. В 81,3% диагноз верифицирован посредством тропонинового теста. Среди осложнений ИМ у двух пациентов развился кардиогенный шок, у одного — фибрилляция желудочков, у троих– отек легкого. Десять больных с диагностированным ИМ за период нахождения в клинике умерли. Таким образом, госпитальная летальность от ИМ в целом составила 31,3%, при ИМ с подъемом ST — 44,4% (4 из 9), при ИМ без подъема ST — 19,0% (4 из 21, p›0,05). У двоих пациентов (6,3%) развилась клиника внезапной коронарной смерти в раннем послеоперационном периоде, а ИМ выявлен по данным аутопсии.

Выводы. Частота развития послеоперационного ИМ у онкологических пациентов составила 0,12%. У мужчин ИМ развивался в более молодом возрасте, по сравнению с женщинами. Наибольшее количество ИМ регистрировалось у больных с перенесенным в анамнезе ИМ, страдающих артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью. Чаще выявлялся ИМ без подъема сегмента ST (65,6%). Несмотря на относительно небольшую распространенность (0,12%), послеоперационные ИМ отличались частым развитием тяжелых осложнений (18,8%) и высокой госпитальной летальностью (31,3%).

0107

ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С МАКРОСОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Бондарь И.А.,[1] Шабельникова О.Ю.,[2] Беляева Н.Е.[2]

[1] ГБОУ ВПО «Новосибирской государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ», Новосибирск, Россия;

[2] ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия

Цель исследования: оценить частоту хронической болезни почек (ХБП) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) с макрососудистыми осложнениями.

Материалы и методы: обследовано 1136 больных СД2 (279 мужчин и 857 женщин), в возрасте 60 [54;65] лет (Me[25;75]), длительность СД2 составила 6,0 [3,0;11,0] лет. В зависимости от наличия макрососудистых осложнений (ИБС, ОНМК, стенозы и окклюзии артерий нижних конечностей) пациенты были распределены на 2 группы. Первая группа включала 305 больных СД2 с макрососудистыми осложнениями (84 мужчин и 221 женщин, возраст 62 [57;69] лет); вторая группа 831 больных СД2 без макрососудистых осложнений (195 мужчин и 635 женщин, возраст 59 [53;64] лет). Определяли уровень креатинина, микроальбуминурии (МАУ) в утренней порции мочи. Тест считался положительным, если концентрация альбумина в моче превышала 30 мг/л, концентрация выше 200 мг/л расценивалась как макроальбуминурия. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) вычисляли по формуле Кокрофта–Голта с пересчетом на площадь поверхности тела.

Результаты: уровень креатинина статистически значимо был выше у больных СД2 с макрососудистыми осложнениями и составил 87,8±33,1 (M±SD) мкмоль/л против 82,8±24,4 мкмоль/л ($p<0,05$) у больных без макрососудистых осложнений. Значимых различий по уровню МАУ не установлено. ХБП достоверно чаще регистрировалась в группе больных СД2 с макрососудистыми осложнениями (53% vs 43%, $\chi^2=8,3$, $p<0,05$). Достоверных различий частоты ХБП 1 и 2 стадии в зависимости от наличия макрососудистых осложнений не обнаружено (2% vs 2,5%,$\chi^2=0,5$, $p>0,05$ и 13,7% vs 12% $\chi^2=1,3$, $p>0,05$ соответственно). Статистически значимо чаще у больных СД2 с макрососудистыми осложнениями регистрировалась ХБП 3 (32% vs 25%, $\chi^2=8,2$, $p<0,05$), ХБП 4 (2% против 0,6%, $\chi^2=6,4$, $p<0,05$).

У больных СД2 без макрососудистых осложнений СКФ была взаимосвязана с длительностью СД2 ($r=0.178$, $p<0.05$), ИМТ ($r=0.200$, $p<0.05$) и уровнем HbA1c ($r=0.216$, $p<0.05$). У больных СД2 с макрососудистыми осложнениями СКФ коррелировала с уровнем диастолического АД ($r=0.182$, $p<0.05$), холестерина общего ($r=0.198$, $p<0.05$), триглицеридов ($r=0.204$, $p<0.05$) и мочевой кислоты ($r=0.335$, $p<0.05$) и не зависела от уровня HbA1c ($p>0,05$) и длительности СД2 ($p>0,05$).

Выводы: проведенное исследование показало, что у пациентов СД2 с макрососудистыми осложнениями чаще регистрируется ХБП в 53% (за счет III и IV стадии), чем без макрососудистых осложнений — 43%. Уровень МАУ не является надежным маркером поражения почек. На прогрессирование ХБП у больных без макрососудистых осложнений влияет длительность СД2, ожирение и декомпенсация углеводного обмена. У больных СД2 с макрососудистыми осложнениями увеличение стадии ХБП взаимосвязано с уровнем диастолического АД, ухудшением показателей липидов и повышением уровня мочевой кислоты.

0108

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНУЮ КОРРЕКЦИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Бордюгова Е.В., Конопко Н.Н., Паршин С.А., Семенов А.А.

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

Определение оптимальной физической активности у детей с врожденными пороками сердца и магистральных сосудов (ВПС и МС) является актуальной проблемой детской кардиологии.

Цель: оценка адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы и выбор оптимальной физической нагрузки у детей, перенесших оперативную коррекцию ВПС и МС.

Материалы и методы: под наблюдением находились 30 детей с ВПС и МС (47,0% мальчиков, 53,0% девочек) в возрасте от 4 до 17 лет. Давность проведенной оперативной коррекции составила от 1 года до 13 лет. В анамнезе септальные дефекты имели 11 (36,6%) чел., пороки МС — 14 (46,6%) чел., комбинированные ВПС и МС — 5 (16,6%) чел. Адаптационные резервы миокарда оценивали определением уровня толерантности к физической нагрузке (ТФН), хронотропного индекса, типа реакции гемодинамики на физическую нагрузку (ФН), времени восстановления ЧСС и АД в периоде реституции. Пробу с дозированной ФН проводили с помощью тредмилл-теста (ТТ) по модифицированному протоколу Bruce. Всем детям проведена допплерэхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты исследования выявили низкий уровень ТФН у всех детей с комбинированными ВПС и у 8 детей с пороками МС (стеноз легочной артерии, стеноз устья аорты, коарктация аорты, двойное отхождение

магистральных сосудов). Физиологический уровень ТФН, нормотоническую реакцию гемодинамики на ФН регистрировали у детей с септальными пороками и открытым артериальным протоком (ОАП). В то же время, патологический тип реакции гемодинамики на ФН (53,0%), низкий хронотропный индекс (83,3%), замедленное восстановление ЧСС в периоде реституции (43,3%), замедленное восстановление АД (13,3%) зарегистрированы независимо от вида порока. Полную блокаду правой ножки пучка Гиса имели 38,2% обследованных, левой — 1,8% пациентов. Ишемические изменения в миокарде на 2-4 ступени выявлены у 23,3% детей. Причиной прекращения проведения ТТ у 53,3% обследованых было появление жалоб на одышку, боль в области сердца, усталость.

Выводы: изучение адаптационных резервов сердечно-сосудистой системы у детей, перенесших оперативную коррекцию ВПС и МС выявило нормальные показатели гемодинамики у пациентов с септальными пороками и ОАП. Низкая кардиореспираторная выносливость констатирована у пациентов с пороками МС и комбинированными ВПС, несмотря на наличие нормальной внутрисердечной гемодинамики по данным ЭхоКГ. Полученные данные являются основанием для составления индивидуальных программ кардиореабилитации (рекомендации по объему физической активности, определение оптимальной ЧСС во время ФН, выбор группы физкультуры, решение вопроса о возможности занятия спортом и т.д.).

0109

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Боровков Н.Н., Аминева Н.В., Юркова К.Н., Шульц А.А., Абашева Е.В.

ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава РФ», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО «РЖД», Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучение клинического течения ИБС у больных в средне-отдаленные сроки после стентирования коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 больных в возрасте от 34 до 76 лет. Диагноз ИБС основывался на клинико-анамнестических данных, эпизодах ишемии миокарда по результатам суточного мониторирования ЭКГ (СМ-ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ) и подтверждался данными селективной коронароангиографии. У 7 пациентов (35%) было выполнено стентирование с предшествующей балонной ангиопластикой, а у 13 чел.(65%) — прямое стентирование. При этом 4 больным (20%) были установлены стенты с лекарственным покрытием. Всем пациентам при выписке из стационара была рекомендована терапия статинами, дезагрегантами и β-адреноблокаторами. Контрольное стационарное обследование проводилось в средне-отдаленные сроки после операции (в среднем через 14,1 ± 1,4 мес.), которое включало оценку клинической симптоматики, лабораторных исследований, ЭКГ в покое, СМ-ЭКГ, ЭхоКГ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Exel Starter 2010 и STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. Большинство больных с показаниями к стентированию коронарных артерий страдали стенокардией III КФК. Все 20 пациентов имели значимое поражение коронарного русла: однососудистое — 8 чел. (40%); двухсосудистое — 10 чел. (50%); трехсосудистое — 2 чел. (10%). У 70% больных было поражение передней нисходящей артерии, у 40% — правой коронарной артерии и у 30% — огибающей артерии. Полная реваскуляризация миокарда, при которой устранялись все гемодинамически значимые (›50%) стенозы коронарных артерий, была выполнена 8 больным (40%). В отдаленные сроки наблюдения клиническое улучшение в виде полного отсутствия или урежения приступов стенокардии наблюдалось у 13 (65%) больных. За исследуемый период нефатальный повторный инфаркт миокарда развился только у одного пациента. По данным СМ-ЭКГ у 16 больных (80%) отсутствовали эпизоды транзиторной ишемии миокарда. По данным контрольной ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка в средне-отдаленные сроки после операции составила в среднем 55,4 ± 5,6% (прирост на 2,7%). Также у всех больных отмечалось достоверное снижение конечно-диастолического объема ($p<0,01$) и конечно-систолического объема ($p=0,04$) левого желудочка.

Выводы. У большинства больных ИБС в средне-отдаленные сроки после операции стентирования коронарных артерий наблюдается высокая клиническая эффективность, объективно подтверждаемая данными ЭКГ-мониторирования и ЭхоКГ.

0110

ТИЛТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Боронова В. Б., Протасов К. В.

ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздрава России, Иркутск, Россия

НУЗ ДКБ на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД», Иркутск, Россия

Гемодинамические сдвиги в условиях длительного пассивного ортостаза и их взаимосвязи с поражением органов-мишеней у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне гипотензивной терапии исследованы недостаточно.

Цель: изучить динамику АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) во время тилт — теста у больных АГ во взаимосвязи с факторами риска АГ и поражением органов-мишеней, характером лечения АГ.

Методы исследования. Обследованы 112 пациентов с АГ (средний возраст 45,4 ±10,2 года) и 45 пациентов контрольной группы без АГ (средний возраст 38,9± 9,7 лет). Проводили тилт — тест по Вестминстерскому протоколу. Анализировали и сравнивали сдвиги систолического (САД), диастолического (ДАД) АД и ЧСС во время пробы. Рассчитывали и сравнивали в изучаемых подгруппах частоту и выраженность факторов риска АГ и признаков поражения органов-мишеней (скорость клубочковой фильтрации по MDRD, индекс массы миокарда левого желудочка, толщина комплекса интима- медиа).

Результаты. Среднее исходное АД в клиностазе было выше в группе АГ (САД 132,5±14,1 мм. рт. ст., ДАД 81,5±9,6мм. рт. ст., по сравнению с контролем (САД 122,4±13,3мм. рт. ст., ДАД 73,5±9,5мм. рт. ст.). Во время тилт- теста у больных АГ отмечено снижение САД в среднем на 14,2 мм. рт. ст., ДАД при этом практически не изменилось, прирост ЧСС на 12,3 в мин. Динамика САД в группах достоверно не различалась, но ЧСС в контрольной группе прирастала в большей степени. В группе АГ, по сравнению с группой контроля, преобладало снижение САД, а в группе контроля отмечался незначительный прирост ДАД и значимый прирост ЧСС. В ходе тилт-теста у 7 пациентов в группе АГ (6,3%) и у 3 пациентов в контрольной группе (6,7%) зарегистрирована симптомная ортостатическая гипотензия (ОГ). В обеих группах зарегистрировано по одному случаю кратковременной потери сознания. Также отмечались бессимптомные ОГ — 22 случая в группе АГ, 7 случаев в группе контроля. Начало эпизодов ОГ в группе АГ фиксировалось в среднем на 30 минуте, а восстановление в клиностазе — на 3 минуте, тогда как в контрольной группе ОГ наступала на 19 мин, а восстановление на 7 минуте. У пациентов АГ с эпизодами ОГ, по сравнению с группой контроля с эпизодами ОГ масса тела, распространенность курения, уровень холестерина, толщина комплекса интима-медиа сонной артерии были выше. У пациентов, получающих ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (n=60) отмечался меньший прирост ДАД, по сравнению с подгруппой больных АГ, не использующих данный класс препарата.

Выводы. У больных АГ симптомная тилт-индуцированная ортостатическая гипотензия выявлена в 6,3% случаев, бессимптомная — в 19,6%. Частота эпизодов ортостатической гипотензии у больных АГ и здоровых не различалась. В группе АГ ортостатическая гипотензия развивалась позднее, а восстановление АД после ортостаза быстрее, чем в группе контроля. Прием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента сопровождался менее выраженным приростом ДАД в ортостазе.

0111

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИНА-1 У ЛИЦ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ И У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бочкарева О.И., Тарасов А.А., Резникова Е.А., Гальченко О.Е.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Целью исследование явилась сравнительная оценка случаев повышения уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) и случаев аутоиммунных нарушений у больных, страдающих ИБС и СД с ангиопатиями, и соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления по Fabbri и Rabe. Данные состояния являлись критериями включения в исследование. Материалы и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 80 больных, имеющих критерии включения, и 40 лиц с критериями СХСВ без ассоциированных клинических состояний (РКО, 2012) с риском по SCORE ›5% определяли содержание антител к коллагену, хондроитин-сульфату, гиалуроновой кислоте и содержание ЭТ-1 в сыворотке крови. Нормальное значение содержания ЭТ-1, в соответствии с прилагающимися к набору «Biomedica Medizinprodukte» иструкциями по оценке показателей, составило 0,68 фмоль/мл.

Верхние границы нормальных значений показателя для антител к коллагену, хондроитин-сульфату и гиалуроновой кислоты определяли по Horowitz, и они составили соответственно 1,6 ед.оп.пл., 1,7 ед. оп.пл. и 2,1 ед.оп. пл. для лиц без СХСВ с риском ‹5%. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики, достоверность различий оценивании при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин. Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 65,0% случаев, антител к хондроитин-сульфату — в 60,0% случаев, антител к гиалуроновой кислоте — в 51,3% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 32,5%, 30,0% и 25,0% соответственно. Значения, превышающие верхнюю границу нормальных показателей для ЭТ-1, в основной группе отмечены в 40,0% случаев (32 человека); в контрольной группе у 4 человек (10,0%) имело место повышение концентрации ЭТ-1 в сыворотке. Таким образом, количество больных с признаками аутоиммунного воспаления и с признаками эндотелиальной дисфункции по типу патологической активации и усиленной продукции ЭТ-1 в группе лиц с СД и ИБС оказалось достоверно ($p<0,005$) выше, чем в контрольной группе. Количество больных с повышенной концентрацией ЭТ-1 в основной группе оказалось достоверно ($p<0,05$) ниже количества больных с повышенным уровнем антител к коллагену ($p=0,001$) и аналогичного показателя для хондроитин-сульфата ($p=0,01$) и недостоверно — ($p=0,15$) превышало аналогичный показатель для антител к гиалуроновой кислоте. Выводы. Наличие СД и ИБС ассоциировано с развитием аутоиммунного воспаления, направленного на компоненты соединительной ткани сосудистой стенки. При этом количество больных, имеющих как аутоиммунные маркеры, так и признаки эндотелиальной дисфункции, при ИБС и СД достоверно превышает число больных с активационной формой эндотелиальной дисфункции по вазомоторному типу, протекающей в виде гиперпродукции ЭТ-1, в контрольной группе (СХСВ без ассоциированных клинических состояний). Аутоиммунные сдвиги при ИБС и СД выражены в большинстве случаев в большей степени, чем признаки активационной (Н.Н.Петрищев, 2007) эндотелиальной дисфункции по вазомоторному типу, протекающей в виде гиперпродукции ЭТ-1.

0112

ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗЕРВА КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА В ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ И ЗАДНЕЙ МЕЖЖЕДОЧКОВОЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОПЦИЯ К СТАНДАРТНОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДИПИРИДАМОЛОМ

Бощенко А.А., Врублевский А.В., Карпов Р.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Предпосылки к выполнению: В ранее проведенных исследованиях было показано, что оценка коронарного резерва (КР) в дистальной трети передней нисходящей коронарной артерии (ПНА) при стресс-эхокардиографии с дипиридамолом (стресс-ЭхоКГ) позволяет повысить чувствительность метода в выявлении гемодинамически значимых стенозов ПНА.

Цель исследования:Оценить дополнительную диагностическую ценность одновременной оценки КР в ПНА и правой коронарной артерии (ПКА) при стандартной стресс-ЭхоКГ с дипиридамолом длявыявления гемодинамически значимых стенозов ПНА и ПКА.

Материалы и методы: В исследование включено 103 больных с сердечно-болевым синдромом (возраст 50±11 лет), которым за 1-7 дней до коронарографии (КГ) проведена стресс-ЭхоКГ с дипиридамолом (до 0,84 мг/кг за 6 минут) с оценкой нарушений локальной сократимости (НЛС), комбинированная с определением КР в дистальных отделах ПНА и ПКА. Коронарный резерв рассчитывали как отношение гиперемической пиковой диастолической скорости коронарного кровотока к базальной.Критерием положительного теста по данным стандартной стресс-ЭхоКГ считали появление новой зоны с НЛС, вовлекающей не менее двух рядом расположенных сегментов левого желудочка. Сниженныйуровень КРдиагностировалипризначении‹2,0. По данным КГ стенозы считали значимыми, если стеноз артерии по диаметру превышал 50%.

Результаты:Стеноз ПНА ›50% по данным КГвыявлен у 36 из 96 больных с оцененными КР в ПНА и локальной сократимостью на территории кровоснабжения ПНА. Стеноз ПКА ›50% диагностирован при КГ у 23 из 90 больных с оцененными КР в ПКА и локальной сократимостью на территории кровоснабжения ПКА. Таким образом, стеноз ›50% суммарно выявлен в 59 из 186 доступных исследованиюПНА и ПКА. Появление новых зон с НЛС обнаружено в 30 случаях, сниженный КР — в 50 случаях. Конкордантные результаты двух тестов получены в 76% случаев.Дополнительное определение КР в ПНА и ПКА пристандартной стресс-ЭхоКГ с оценкой НЛС не приводило к существенному повышению диагностической точности теста при выявлении стенозов ПНА и

ПКА >50% (78% для НЛС, 83% для КР и 81% для комбинации методов), однако сопровождалось достоверным повышениемчувствительности (51% для НЛС, 85% для КР и 91% для комбинации методов) и отрицательной предсказывающей ценноститеста (80% для НЛС, 92% для КР и 93% для комбинации методов).

Вывод:Дополнение стресс-ЭхоКГ с дипиридамолом оценкой коронарного резерва в ПНА и ПКА возможно у большинства больных и позволяет повысить чувствительность и отрицательную предсказывающую ценность стандартного теста при диагностике стенозов ПНА и ПКА >50%. Сниженный (<2,0) КР позволяет выявлять, а нормальный (>=2,0) КР предоставляет возможность исключать стенозы ПНА и ПКА >50% с большей уверенностью, чем изолированная оценка НЛС.

0113

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Бощенко А.А., Врублевский А.В., Карпов Р.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить возможноститрансторакальной эхокардиографии (ТТЭхоКГ), выполняемой без эхоконтрастного усиления, для визуализации магистральных коронарных артерий.

Материалы и методы:ТТЭхоКГ выполненаза 1-7 дней до коронарографии у 167 больных (возраст 51±11 лет, 141 мужчина,26 женщин)с сердечно-болевым синдромом и синусовым ритмом на ультразвуковой диагностической системе Vivid 7 (GEHealthcare) с помощью широкополосного датчика M3S. Поиск коронарных артерий проводили в режиме цветного допплеровского картирования (ЦДК), используя предел Найквиста 12-27 см/с. Ствол левой коронарной артерии (ЛКА), проксимальные сегменты (пр/3) передней нисходящей (ПНА), огибающей (ОА) и правой (ПКА) коронарных артерий визуализировали из парастернального доступа во II-IVмежреберьях в позиции по короткой оси ЛЖ на уровне аортального клапана, средние сегменты (ср/3) ПНА и ОА — в аналогичной позиции с краниальным наклоном датчика, ср/3 ПКА –в позиции по короткой оси ЛЖ из субкостального доступа или апикальной 2-хкамерной позиции с каудальным наклоном датчика. Визуализацию дистальных сегментов (д/3) артерий осуществляли из апикального доступа: д/3 ПНА и д/3 ПКА– в модифицированной 2- или 3-хкамерной позиции, д/3 ОА (представленной I или II ветвью тупого края) — в модифицированной 4-х или 5-тикамерной позиции. После получения устойчивой визуализации фрагмента артерии регистрировали спектр коронарного кровотокав режиме импульсно-волнового допплеровского исследования.

Результаты: Частота успешной визуализации в режиме ЦДК и регистрации спектра коронарного кровотока составила для ствола ЛКА 85% и 75%, соответственно, для пр/3 ПНА 92% и 84%, ср/3 ПНА 89% и 84%, д/3 ПНА 94% и 94%, пр/3 ОА 44% и 36%, ср/3 ОА 10% и 8%, д/3 ОА 30% и 30%, пр/3 ПКА 36% и 21%, ср/3 ПКА 35% и 34% и д/3 ПКА 92% и 91%, соответственно. Любые два из трех сегментов ПНА одновременно были доступны локации у 95% больных, все 3 сегмента — у 79%, тогда как два и три сегмента ПКА — у 54% и 12%, соответственно, а ОА — у 20% и 12% больных, соответственно.

Выводы: ТТЭхоКГ служит адекватным методом визуализации и оценки скоростных параметров кровотока для ствола ЛКА, всех сегментов ПНА и дистального сегмента ПКА, представленного задней межжелудочковой артерией. Частота корректной допплерографической оценки других сегментов магистральных коронарных артерий является низкой.

0114

ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УРАВНЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПОТОКА В КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗОВ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ И ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Бощенко А.А., Врублевский А.В., Карпов Р.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Предпосылки к выполнению: Ранее сообщалось, что трансторакальная эхокардиография (ТТЭхоКГ) с эхоконтрастным усилением допплеровского сигнала позволяет выявлять стенозы ствола левой коронарной артерии (ЛКА) и передней нисходящей коронарной артерии (ПНА)качественно и полуколичественно (‹ или ›50%).

Цель исследования:Изучить возможностиТТЭхоКГ, выполняемой без эхоконтрастного усиления,в количественной диагностике стенозовствола ЛКА и проксимальных отделов ПНА.

Материалы и методы:ТТЭхоКГ в состоянии покоявыполненаза 1-7 дней до коронарографии (КГ) у 167 больных (возраст 51±11 лет, 141 мужчина,26 женщин) с сердечно-болевым синдромом и синусовым ритмом на ультразвуковой диагностической системе Vivid 7 (GEHealthcare). Поиск ствола ЛКА и проксимальной трети ПНА проводили в режиме цветного допплеровского картирования (ЦДК) с пределом Найквиста 12-27 см/с. Оценивали наличие феномена aliasing, как признака турбулентности вследствие локального ускорения кровотока в зоне стеноза. Спектр коронарного кровотока регистрировали в двух зонах: престенотической и в зоне турбулентности. Определяли интеграл скорости в диастолу (VTId, см) и рассчитывали процент стенозирования с помощью модифицированного уравнения непрерывности потока по формуле: стеноз, % = 100 × (1 — престенотический VTId / VTId в зоне стеноза). Если кровоток в ЛКА и ПНА был ламинарным, равномерным, процент стенозирования принимали равным 0. Стенозы более 50% при ТТЭхоКГ и КГ считали значимыми.

Результаты: Успешная визуализация в режиме ЦДКи спектр коронарного кровотока хорошего качества, достаточного для расчетастепени стенозирования, были полученыдля 119 из 167 (71%) исследованных ЛКА и 128 из 167 (77%) ПНА. Четыре случая стенозов ЛКА›50% из 4 и 113 из 115 случаев нестенозированной ЛКА были корректно выявлены при ТТЭхоКГ. Чувствительность, специфичность, положительная, отрицательная предсказывающая ценность и диагностическая точность ТТЭхоКГ для выявления стенозов ствола ЛКА›50% составила100%, 98%, 71%, 100% и 98%, соответственно. 54 из 61 случая стенозов ПНА›50% и57 из67 случаев нестенозированной ПНА были адекватно диагностированы при ТТЭхоКГ. Чувствительность, специфичность, положительная, отрицательная предсказывающая ценность и диагностическая точность ТТЭхоКГ для выявления стенозов проксимальной трети ПНА›50% составила 89%, 85%, 84%, 89% и 87%, соответственно. Выявленатеснаяпрямаякорреляционнаявзаимосвязьмеждустепенью стенозирования артерии по данным КГ и ТТЭхоКГ: для ЛКА –r=0,81 (p‹0,001), для ПНА –r=0,78 (p‹0,001).

Выводы:Трансторакальная эхокардиография, выполняемая без эхоконтрастного усиления, является достаточно точным методом топической диагностики стенозов ствола ЛКА и проксимальной трети ПНА и позволяет корректно количественно оценить процент стенозирования артерий.

0115

ПРОФИЛЬ АДИПОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ

Бояринова М.А., Ротарь О.П., Ерина А.М., Могучая Е. В., Колесова Е.П., Сысоев К., Конради А. О., Шляхто Е.В.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Адипокины, выделяющиеся в кровоток жировой тканью, способны значимо влиять на сердечно-сосудистую систему. Существуют хорошо изученные адипокины, такие как лептин, и менее изученные грелин, висфатин, которые могут неоднозначно изменяться при избыточной массе тела, ожирении и сопутствующей

им инсулинорезистентности (ИР). Гендерные особенности распределения жировой ткани могут определять возможные различия уровня у мужчин и женщин. Целью настоящего исследования было определить связь уровня адипокинов с выраженность ожирения по различным критериям с учетом гендерных различий.

Дизайн и методы. Обследуемые были отобраны из 1600 скринированных здоровых работников банка, которые имели, по крайней мере, один из компонентов метаболического синдрома и не имели диагностированных сердечно-сосудистых заболеваний. Антропометрия была выполнена в соответствии со стандартными процедурами. Уровень глюкозы плазмы натощак и липидный спектр измерен на аппарате Hitachi-902. Уровень лептина, грелина и висфатина определялся при помощи BioPlex Protein Array System (BoiRad, США). ИР рассчитывалась по формуле: HOMA IR=глюкоза плазмы натощак (ммоль/л) х инсулин (мкЕд/мл)/22,5. Значение более 2,27 расценивалось как ИР.

Результаты. Обследовано 88 пациентов: 49 мужчин и 39 женщин, сопоставимых по возрасту и индексу массы тала (ИМТ). У пациентов с ИР были значимо повышены значения лептина (3373,0±256,4 против 543,0±24,3 пмоль/л, p=0,0005), висфатина (3375,5±260,2 против 540,5±25,5 пмоль/л, p=0,0005) и грелина (3284,5±235,1 против 631,0± 30,2 пг/мл, p=0,01) по сравнению с пациентами без ИР. При этом у мужчин значимо различался только уровень висфатина, а у женщин и висфатина, и лептина. Для лиц со значениями ОТ, превышающими норму, в сочетании с ИР значимо различается только уровень лептина (1873,0±91,6 против 473,0± 15,2 пмоль/л, p=0,0001), это было характерно и для мужчин, и для женщин. У лиц с нормальным ИМТ и ОТ при наличии ИР уровень висфатина и лептина не были повышены, но был повышен уровень грелина (231,5±10,6 против 93,5±6,4 пг/мл, p=0,006) в сравнении с пациентами с нормальным ИМТ без ИР. У пациентов обоего пола с избыточной массой тела, но нормальным значением ОТ в сочетании с ИР отмечалось повышение уровня лептина плазмы (p=0,02). При корреляционном анализе наиболее сильная корреляция отмечается ОТ с лептином (r=0,44), ИМТ с висфатином (r=0,33).

Выводы. У лиц с наличием ИР отмечалось увеличение уровня всех адипокинов, в первую очередь грелина. Ожирение с повышением ИМТ сопряжено с повышением таких адипокинов как лептин и висфатин, а изолированное увеличение ОТ — только с повышением лептина. При этом при нормальном значении ОТ у лиц с избыточной массой тела отмечался более высокий уровень лептина крови. Складывается впечатление, что увеличение массы жировой ткани в большей степени ассоциировано с повышением плазменного уровня цитокинов, чем характер распределения жира.

0116

ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Брагина А.Е., Мурашко Н.А., Подзолков В.И.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель работы: исследование взаимосвязи компонентов метаболического синдрома (МС) и уровня стабильных метаболитов оксида азота (NOx) в плазме крови больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: обследовано 124 больных АГ (45 мужчин и 79 женщин) (средний возраст 51,4±6,5 лет). Средняя продолжительность составила АГ 8,5±7,6 лет. В группу контроля вошли 25 здоровых человек сопоставимого возраста. Концентрацию лептина в плазме определяли с помощью радиоиммунного анализа, NOx — спектрофотометрическим методом. Результаты исследования обрабатывались с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты: В группе больных АГ висцеральное ожирение имелось у 64% больных, дислипидемия — у 80,6%, гипергликемия — у 41,6%, МС — у 24%. Диагноз МС поставлен на основании наличия двух дополнительных критериев у 32% пациентов, на основании трех — у 68%. Уровень NOx у больных АГ был выше (43,18±21,7мкмоль/л), чем в группе контроля (28,3±9,6мкмоль/л) (p=0.01). У больных с гипергликемией концентрация NOx была достоверно выше (46,5±23,9мкмоль/л), чем в группе без нее (38,6±18,2мкмоль/л) (p<0,05). Получена корреляционная взаимосвязь уровня NOx и глюкозы крови (r=0,32, p<0,05). Концентрация NOx достоверно не отличалась в группах больных АГ с и без дислипидемии (43,2±22,2 и 42,05±21,1мкмоль/л, соответственно p>0,05). У больных АГ с нормальной массой тела концентрация NOx была ниже, чем у лиц с АГ и ожирением (38,8±17,9 и 48,5±24,7мкмоль/л, соответственно, p<0,05). Была получена корреляционная связь уровня NOx с наличием ожирения (r=-0,44, p<0,05) и со степенью ожирения (r=-0,3, p<0,05). Уро-

вень NOx был достоверно ниже у больных МС (31,6±11,3 и 47,05±20,7мкмоль/л, соответственно, p<0,05). По мере увеличения количества дополнительных критериев МС уровень NOx уменьшался с 37,99±12,6мкмоль/л при наличии 2-х до 28,3±9,6мкмоль/л при наличии 3-х критериев (p<0,05), была выявлена корреляционная связь между уровнем NOx и количеством компонентов МС (r=-0,38, p<0,05). У больных АГ с гиперлептинемией концентрация NOx была ниже (29±12,2мкмоль/л), чем у пациентов с АГ и нормальным уровнем лептина (34,7±10,5мкмоль/л) (p<0,05).

Заключение: Оценка состояния нитроксидпродуцирующей функции эндотелия у больных АГ выявила разнонаправленные изменения концентрации стабильных метаболитов NO в виде повышения их уровня при АГ и гипергликемии и снижении — при ожирении, гиперлептинемии и МС с наличием корреляционной взаимосвязи уровня NOx и количества диагностических критериев МС, что позволяет считать ожирение и повышение уровня лептина основными факторами, подавляющими нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия.

0117

РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОДВЕРГНУТЫХ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Будаговская З.М.[1], Искендеров Б.Г.[2], Сисина О.Н.[2],

[1]ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина;

[2]Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: определить факторы риска острого повреждения почек (ОПП) у больных с хронической болезнью почек (ХБП), подвергнутых аортокоронарному шунтированию (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 487 больных (294 мужчин и 193 женщин) в возрасте от 45 до 68 лет (58,0±7,6 лет), которым в плановом порядке выполнялось АКШ. Из них у 330 больных в анамнезе был ХБП (1-я группа) и 157 больных без ХБП (2-я группа) составляли контрольную группу. До и после операции определяли содержание креатинина в сыворотке (sCr) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. ОПП диагностировали по критериям RIFLE по содержанию креатинина в сыворотке. У больных с ХБП величина СКФ колебалась от 89 до 45 мл/мин/1,73 м2. Больных по тяжести ОПП верифицировали на мягкое ОПП (нарастание sCr ≥ 26,4 мкмоль/л или выше в 1,5-2 раза от уровня до операции); умеренное ОПП (нарастание sCr в 2-3 раза от исходного уровня) и тяжелое ОПП (нарастание sCr более чем в 3 раза от исходного уровня или sCr равный 354 ммоль/л).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде ОПП было диагностировано у 196 больных (59,4%) 1-й группы и у 40 больных (25,5%) 2-й группы. В 1-й группе, мягкое ОПП было у 85 больных (25,8%), умеренное ОПП — у 62 больных (18,8%) и тяжелое ОПП — у 49 больных (14,8%), а во 2-й группе — 14,1; 7,0 и 4,5% соответственно. Суммарное количество больных с персистирующим и стойким (необратимым) течением ОПП в 1-й группе достоверно больше, чем во 2-й группе: 33,9% и 8,9% соответственно (p < 0,001). Гемодиализ в 1-й группе проводился у 14,3% больных и во 2-й группе — у 7,5% больны (p>0,05). В обеих группах у больных с ОПП средний возраст был достоверно выше, чем у больных без ОПП.

В 1-й группе часто имелись в анамнезе инфаркт миокарда (p=0,02) и инсульт (p=0,03), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II-III функционального класса (p=0,009), сахарный диабет 2 типа (p=0,03), артериальная гипертензия — АГ (p=0,008), постоянная форма фибрилляции предсердий — ФП (p=0,046) и анемия (p=0,037). В обеих группах у больных с ОПП количество выполненных сосудистых шунтов больше, чем у больных без ОПП. Кроме того, развитие ОПП ассоциировалось с большей продолжительностью операции и искусственного кровообращения, высокой частотой искусственной вентиляции легких более 48 часов и медикаментозной инотропной поддержки более 24 часов, проводимой после операции. Также выявлены корреляции ОПП с исходным значением СКФ, частотой сахарного диабета 2 типа, застойной ХСН, АГ, постоянной формы ФП и возрастом выше 60 лет,

Выводы. Основными факторами риска ОПП у больных с ХБП, подвергнутых АКШ, являются сниженная СКФ, возраст выше 60 лет, застойная ХСН, АГ и сахарный диабет, а также неблагоприятные параметры операции.

0118

БЛИЖАЙШИЙ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОДВЕРГНУТЫХ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Будаговская З.М.[1], Искендеров Б.Г. [2], Сисина О.Н.[2], Тимофеева Н.А.[1]

[1] ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия;

[2] Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: анализ раннего послеоперационного периода и оценка отдаленного прогноза у больных с хронической болезнью почек (ХБП), подвергнутых аортокоронарному шунтированию (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 487 больных (294 мужчин и 193 женщин) в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст 58,0±7,6 лет), которым в плановом порядке выполнялось АКШ. Из них у 330 больных в анамнезе был ХБП (1-я группа) и 157 больных без ХБП (2-я группа) составляли контрольную группу. Определяли содержание креатинина в сыворотке крови (sCr) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Острое повреждение почек (ОПП) после операции АКШ диагностировали и классифицировали по критериям RIFLE по содержанию креатинина в сыворотке. У больных с ХБП величина СКФ колебалась от 89 до 45 мл/мин/1,73 м2. Диспансерные наблюдения за больными после АКШ проводились в течение 3 лет.

Результаты. С учетом динамики sCr в течение первых 7 суток после операции ОПП диагностировано у 196 больных (59,4%) 1-й группы и у 40 больных (25,5%) 2-й группы. Тяжелое ОПП (увеличение sCr по сравнению с его исходным значением более чем в 3 раза) выявлено в 1-й группе у 14,8% больных, а во 2-й группе — у 4,6% (χ^2 = 10,29; p=0,001). Кроме того, в 1-й группе персистирующее и стойкое (необратимое) течение ОПП суммарно встречались чаще, чем во 2-й группе (33,9% и 8,9% соответственно; p<0,001). Заместительная почечная терапия (гемодиализ) в 1-й группе проводилась у 14,3% больных и во 2-й группе — у 7,5% больных (p>0,05).

В 1-й группе послеоперационные осложнения — острая сердечная недостаточность III-IV класс по Killip, жизнеугрожающие желудочковые аритмии и дыхательный дистресс диагностировались достоверно чаще (p<0,05), чем во 2-й группе. Госпитальная летальность в 1-й группе составила 16,1% и во 2-й группе — 5,7% (p=0,002), хотя среди больных с ОПП различие было недостоверным.

Следует отметить, что самые низкие уровни 3-летней выживаемости отмечены у больных с предшествующей ХБП в сочетании с ОПП, а также у больных без ХБП, но с ОПП: 61,8% против 73,5% (p=0,34). Особенно у больных с предшествующей ХБП выражено различие 3-летней выживаемости в зависимости от развития ОПП: 61,8% против 81,3% (p=0,001). Независимо от наличия ХБП у больных с ОПП 3-летняя выживаемость была достоверно ниже, чем у больных без ОПП (p=0,003). Также независимо от развития ОПП у больных с предшествующей ХБП 3-летняя выживаемость оказалась достоверно ниже, чем у больных без ХБП (p<0,001). Выявлено, что у больных с персистирующим и стойким течением ОПП 3-летняя выживаемость была достоверно ниже, чем у больных с транзиторным ОПП.

Выводы. Выявлено, что ХБП является неблагоприятным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности у больных, перенесших АКШ.

0119

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ТРОМБОМ

БудановаВ.А., Кондратьева О.В., Самоделкина Д.Л., Блинова Е.Н.А.В.Кадыкова

ФГБУ ФЦССХ Минздрава России (г.Астрахань)

Цель: представить клинический случай успешного хирургического лечения аневризмы левого желудочка с тромбом, возникшей вследствие травматического инфаркта миокарда.

Методы: пациент М, 38 лет до октября 2011г считал себя здоровым. После получения тупой травмы грудной клетки (удары ногой) появились загрудинные боли. С диагнозом: ушиб сердца, посттравматический перикардит получил стационарное лечение. После выписки — рецидив лихорадки, болевой ангинозный синдром. Был диагностирован посттравматический циркулярный некроз миокарда на основании ЭКГ изменений, клиники, лабораторных показателей. В последующем сформировалась постинфарктная аневризма левого желудочка с тромбом, клинически снизилась толерантность к физической нагрузке, участились ангинозные боли. При проведении суточного мониторирования зарегистрированы ишемические изменения сегмента ST. Вы-

полнена коронароангиография, где выявлена окклюзия ПНА. Направлен на кардиохирургическое лечение в ФЦССХ. При поступлении жалобы на сжимающие боли за грудиной и одышку, связанные с нагрузкой. Из анамнеза — артериальную гипертензию отрицает, уровень общего холестерина 5,4 мм\л, курит 20 лет, ИМТ 26,4, наследственность не отягощена. Получал адекватную медикаментозную терапию. На ЭКГ — ритм синусовый с ЧСС 59 уд\мин, рубцовые изменения проникающего инфаркта миокарда нижней и передней стенок ЛЖ. По данным ЭХО-КГ– КДО 221мл, КДР 6,4 см, ФВ Симпсон 43%, ПЖ — 3,6 см. Нарушения локальной сократимости базальных, передне-перегородочных, верхушечных сегментов, в области верхушки тромб 4,5*2,0 см. По данным МРТ сердца с контрастированием — КДО 298мл, КДР ЛЖ 6 см, ФВ 35%, КДР ПЖ 3,9 см. Миокард нижней стенки истончен до 0,4 см, верхушки 0,5 см, закруглена, выявлены рубцовыеизменения на всю толщину стенки в верхушечном и нижнем сегментах, в области верхушки тромб площадью до 10 кв. см. Оперирован в объеме: МАКШ ПНА, резекции аневризмы левого желудочка, тромбэктомии из ЛЖпластики митрального клапана, эндовентрикулопластики ЛЖ по Дор-Мениканти. Интраоперационно вполости перикарда выраженный спаечный процесс. На ЭХО-КГ после операции:КДОлж — 144 мл; ФВsimp. — 45 %.

Результат. Пациент — мужчина 38, с несколькими факторами риска ИБС, но без предшествующего анамнеза получил удар в грудную клетку, что привело в итоге к посттравматическому циркулярному некрозу миокарда, осложненному в ранние сроки аневризмой левого желудочка с тромбом. Исход операции удовлетворительный, хирургический метод явился в данном случае предпочтительным, для улучшения качества жизни и прогноза заболевания.

Выводы.Имеется четкая связь начала заболевания с травмой грудной клетки и развитием посттравматического перикардита, циркулярного некроза с распространением на правый желудочек, а такжехарактерная для травматического повреждения сердца изолированная окклюзия ПНА,вследствие диссекции интимы коронарной артерии при отсутствии атеросклеротического поражения других коронарных артерий.

0120

МОЩНОСТЬ ЗАМЕДЛЕНИЯ И УСКОРЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Букия И.Р., Царегородцев Д.А., Сулимов В.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития РФ, Москва

Выявление групп высокого риска и изучение новых риск-предикторов внезапной сердечной смерти (ВСС) — важнейшая задача в кардиологии.

Цель: изучить особенности мощности замедления (Deceleration Capacity, DC) и ускорения (Acceleration Capacity, AC) сердечного ритма у больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы: обследованы 50 пациентов с ГКМП (25 женщин и 25 мужчин, средний возраст 40,6±18,3 лет). Обструктивная форма наблюдалась у 15 (28%) больных. У 23 (46%) пациентов имелись большие факторы риска (БФР) ВСС: толщина стенки левого желудочка 3 см и более — у 7 (14%) пациентов, ВСС в семье — у 6 (12%) пациентов, пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии — у 16 (32%) пациентов, обмороки — у 5(10%) больных. 50 лиц без заболеваний сердечно-сосудистой системы (26 женщин и 24 мужчин, средний возраст 38,6±20 лет) составили группу контроля. Всем пациентам проводили суточное ЭКГ-мониторирование по Холтеру с определением DC и AC. За низкий риск ВСС принимали DC › 4,5 мс; при среднем риске ВСС — DC от 2,6 до 4,5 мс; при высоком риске — DC ≤ 2,5 мс.

Результаты: больные с ГКМП характеризовались достоверно более низким значением DC по сравнению с контрольной группой (5,5 [3,7;7,4] мс против 7,8 [7,1;8,5]мс, p<0,0001). При этом у 10% пациентов с ГКМП DC соответствовала высокому риску, а еще у 26% -среднему риску ВСС, в то время как у всех пациентов в группе контроля значение данного показателя свидетельствовало о низком риске (p<0,05). Среднее значение AC в группе контроля (-9,3[-10,0;-8,6]мс) было достоверно ниже, по сравнению с пациентами основной группы (-7,4[-8,9;-5,8]мс, p<0,001). Среди пациентов с наличием БФР DC, соответствующая высокому риску встречалась в 9% случаев, среднему риску в 30%, низкому риску 61%. Это достоверно не отличалось от пациентов без БФР, у которых DC, соответствующая высокому риску встречалась в 11% случаев, среднему риску в 22%, низкому риску 67%. Средние значения DC и AC также были сопоставимы. При корреляционном анализе у больных с ГКМП выявлено: прямая корреляционная связь DC с показателями вариабельности ритма сердца: с SDNN (rs= 0,510, p<0,05) и с pNN50(rs= 0,351, p<0,05); с показателями турбулентности ритма сердца: прямая

с TS (rs= 0,544, p<0,05) и обратная с TO (rs= -0,573, p<0,05); Для AC все тенденции были противоположными. Выявлены: прямая связь AC с TO (rs= 0,348, p<0,05) и обратная с TS (rs= -0,500, p<0,05); обратная корреляция связь AC с SDNN (rs= -0,603, p<0,05) и pNN50(rs= -0,604, p<0,05).

Заключение: пациенты с ГКМП по сравнению с контрольной группой характеризовались более низкими средними значениями DC и большей частотой патологических значений DC, ссоответствующих высокому и среднему риску. Наличие обструкции выводного тракта, факторов риска ВСС не являются решающими в генезе нарушения DC/AC.

0121

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА МОЩНОСТЬ ЗАМЕДЛЕНИЯ И УСКОРЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Букия И.Р., Царегородцев Д.А., Сулимов В.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития РФ, Москва

Цель: изучить особенности мощности замедления (Deceleration Capacity, DC) и ускорения (Acceleration Capacity, AC) сердечного ритма у больных с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от наличия или отсутствия гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Материалы и методы: обследованы 71 пациент с ГБ: 35 больных (14 мужчин, 21 женщина, средний возраст 59,3 ±10,4 лет) с ГЛЖ (индекс массы миокарда более 125 г/м2 для мужчин и 110 г/м2 для женщин) и 36 пациентов без ГЛЖ сопоставимые по полу и возрасту (20 мужчин, 16 женщин, средний возраст 59,1±11,4 лет). 40 пациентов без заболеваний сердечно-сосудистой системы (24 мужчин, 16 женщин, средний возраст 59±16 лет) составили группу контроля. Всем пациентам проводили суточное ЭКГ-мониторирование по Холтеру с определением DC и AC. За низкий риск внезапной сердечной смерти (ВСС) принимали DC › 4,5 мс; при среднем риске ВСС — DC от 2,6 до 4,5 мс; при высоком риске — DC ≤ 2,5 мс.

Результаты: при сопоставлении DC/AC у больных ГБ с группой контроля, обнаружено, что даже у пациентов без ГЛЖ среднее значение DC было достоверно ниже, чем у лиц без сердечно-сосудистой патологии (6,4 [5,3;7,2] мс против 7,8 [7,2;8,3]мс, p<0,0001). При наличии же ГЛЖ этот показатель был еще ниже, (5,4 [4,1;6,7]мс против 7,8 [7,1;8,3]мс, p<0,0001) что обусловливало статистически значимое отличие как от пациентов контрольной группы, так и от пациентов без ГЛЖ. Абсолютные значения AC в подгруппах пациентов с ГБ с ГЛЖ и ГБ без ГЛЖ были сопоставимы, (-6,7[-7,8;-5,3]мс) против (-6,7[-7,5;-5,8]мс, p>0,05) но в обоих случаях оказались выше, чем в группе контроля (-9,1[-9,9;-7,9]мс) (p<0,0001). У всех пациентов контрольной группы значения DC соответствовали низкому риску сердечно-сосудистой смертности, что не отличалось от пациентов с ГБ без ГЛЖ, среди которых лишь трое (8%) имели DC в границах среднего риска. В тоже время патологические значения DC у пациентов с ГЛЖ выявлялись достоверно чаще: у двух больных (6%) они соответствовали высокому риску, а у 10 (29%) –среднему риску, что статистически значимо отличалось как от контрольной группы, так и от подгруппы ГБ без ГЛЖ. В общей группе пациентов с ГБ (n=71) при корреляционном анализе выявлена корреляционная связь DC/AC с показателями вариабельности ритма сердца (ВРС): DC и SDNN (rs= 0,244, p<0,05); AC и SDNN (rs= -0,372, p<0,05); AC и pNN50(rs= -0,304, p<0,05). Обнаружена отрицательная связь DC с показателем турбулентности ритма сердца TO (rs= -0,483, p<0,05).

Заключение: для ГБ в целом характерно снижение DC и увеличение AC по сравнению с лицами без сердечно-сосудистой патологии. При наличии ГЛЖ снижение DC более выражено, что приводит к достоверному увеличению частоты значений этого показателя, соответствующих высокому и среднему риску. Слабая корреляция показателей DC/AC с ВРС и турбулентностью ритма свидетельствует об относительной независимости данных предикторов, несмотря на наличие общих механизмов, участвующих в их формировании.

0122

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И НИЗКИМ РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Булгакова Н.Е., Боева О.И.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Цель исследования — изучение эхокардиографических показателей у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) и низким риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc в зависимости от возраста и формы ФП.

В исследовании участвовали больные (71 человек) 19 — 74-х лет (средний возраст 52,3±11,2 года, 83,1% мужчин, 16,9% женщин) с пароксизмальной (80,3%) или персистирующей (19,7%) формой неклапанной ФП и низким риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc, находившиеся на обследовании и лечении в специализированном кардиологическом стационаре. Эхокардиографическое обследование выполнялось на аппарате Vivid 7 (General Electric, США). Статистическая обработка полученных данных проведена в программе SPSS Statistics 20.0.

Выявлены статистически достоверные различия ряда эхокардиографических показателей в двух возрастных группах пациентов: моложе 55 лет — группа 1 (33 пациента), 55 лет и старше — группа 2 (38 пациентов). Конечный систолический размер (КСР) левого желудочка (ЛЖ) составил в 1-й и 2й группах 3,53±0,46 см и 3,7±0,43 см соответственно (p=0,025), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу — 1,06±0,17 см и 1,16±0,14 см (p=0,013), размер правого желудочка — 2,67±0,26 см и 3,0±0,52 см (p=0,004), размер левого предсердия (ЛП) 4,07±0,62 см и 4,31±0,46 см (p=0,045), размер правого предсердия 4,67±0,74 см и 5,16±0,58 см (p=0,007), фракция выброса (ФВ) ЛЖ 62,22±4,40 % и 58,81±3,72 % (p=0,001), конечный диастолический объём ЛЖ 122,64±31,45 мл и 147,52±40,25 мл (p=0,016), конечный систолический объём ЛЖ 45,64±14,26 мл и 60,15±16,73 мл (p=0,001). Ряд эхокардиографических параметров достоверно различался у пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП: размер ЛП составил 4,13±0,55 см и 4,45±0,56 см соответственно (p=0,039), КСР ЛЖ — 3,52±0,36 см и 3,99±0,56 см (p=0,002), ФВ ЛЖ — 61,11±4,11 % и 57,71±4,45 % (p=0,016). Следует отметить, что обсуждаемые возрастные группы, а также больные с различными формами ФП были сопоставимы по длительности существования фибрилляции предсердий.

Заключение. У больных с неклапанной ФП и низким риском тромбоэмболических осложнений дезадаптивное ремоделирование сердца не ассоциировано с давностью нарушения ритма, но более выражено в старшей возрастной группе (≥ 55 лет), а также в случаях развития персистирующей формы фибрилляции предсердий.

0123

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бурлова Е.С., Самсонова И.В.

ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ, Москва, Россия

Цель: оценить межиндивидуальные различия, не уточненный диапазон значений нейрогуморальных маркеров (ренин, альдостерон, эндотелин-1, натрийуретические пептиды) для начальной стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) на основе системного подхода.

Методы исследования: в исследование было включено 86 пациентов (40 мужчины и 46 женщин) в возрасте 65-80 лет с диагнозом ХСН I стадии I-II функционального класса (ФК), в основе которой была артериальная гипертония (АГ). Пациенты были распределены на 2 группы методом случайных чисел. Больные первой группы, в которую вошли 20 мужчин и 22 женщины, получали наряду с традиционной терапией АГ спиронолактон в дозе 50мг в сутки и магния оротат в дозе 1500мг в сутки. Пациенты второй группы (20 мужчин и 24 женщины) получали только традиционную терапию АГ. Группы сравнения были сопоставимы по возрастно-половому составу.

Результаты: оценка динамики показателей альдостерона, эндотелина-1, мозгового и предсердного натрийуретического пептидов показала достоверное снижение уровня нейрогуморальных факторов у паци-

ентов первой группы по сравнению со второй группой. Так, в первой группе через 12 мес. терапии спиронолактоном и магния оротатом отмечалось снижение уровня альдостерона в 3,24 раза (исходно уровень альдостерона составил 295,1±7,9 пг/мл, через 12 месяцев — 91,4±2,13 пг/мл); мозгового натрийуретического пептида (МНП) — в 5,86 раза (исходно уровень МНП — 510,3±18,1 пг/мл, через 12 месяцев — 86,9±2,0 пг/мл); предсердного натрийуретического пептида (ПНП) — в 3,49 раза (исходно уровень ПНП — 5,42±0,12 пг/мл, через 12 месяцев — 1,55±0,06 пг/мл), эндотелина-1 — в 5,96 раза (исходно уровень эндотелина-1 — 1,73±0,09 пмоль/л, через 12 месяцев — 0,29±0,01 пмоль/л). У лиц второй группы отмечалось достоверное повышение уровня эндотелина-1 (исходно уровень эндотелина-1 — 1,84±0,09 пмоль/л, через 12 месяцев — 2,29±0,06 пмоль/л), ПНП (исходно уровень ПНП — 5,48±0,11 пг/мл, через 12 месяцев — 5,65±0,07 пг/мл), уровень альдостерона и МНП не изменился.

Выводы: таким образом, использование дисперсионного анализа повторных измерений позволило выявить достоверные изменения нейрогуморальных показателей у больных ХСН первой группы, свидетельствующие о снижении нейрогуморальной активации, которая, как известно, лежит в основе прогрессирования ХСН, развитии интерстициального и периваскулярного фиброза (а значит и процессы дезадаптивного ремоделирования) у данного контингента.

0124

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Бурлова Е.С., Самсонова И.В.

ГБУЗ ГКБ 52 ДЗМ, Москва, Россия

Цель: оценка выраженности нейрогуморальной активации у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого возраста на начальных стадиях заболевания.

Методы исследования: в исследование было включено 70 больных (36 мужчин и 34 женщины) в возрасте 65-75 лет с диагнозом ХСН I стадии I-II функционального класса (ФК), причиной которой была ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Результаты: у больных пожилого возраста с начальными проявлениями ХСН выявлено повышение плазменного уровня альдостерона у 42,8% (112,8- 423,9 пг/мл, среднее значение — 276,39±5,94 пг/мл), уровня мозгового натрийуретического пептида (МНП) у 83,8% пациентов (57,0-879,0 пг/мл, среднее значение — 398,82±16,09 пг/мл). Наблюдался повышенный уровень предсердного натрийуретического пептида (ПНП) у 97,6% пациентов (2,1-8,4 пмоль/л, среднее значение — 4,87±0,09 пмоль/л). Обнаружены корреляционные взаимосвязи между рядом показателей — МНП, ПНП, альдостероном, эндотелином-1, данными теста 6-минутной ходьбой, диастолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), фракцией выброса ЛЖ, наличием в анамнезе инфаркта миокарда, ИБС, ФК ХСН, скоростью клубочковой фильтрации и микроальбуминурией.

Выводы: системный анализ особенностей течения ХСН показал, что у пожилых пациентов имеет место выраженный нейрогуморальный дисбаланс, что лежит в основе прогрессирования ХСН.

0125

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Бусалаева Е.И.*, Васильева Н.П., Ибетова Л.Р., Михайлова А.Н.

АУ Чуваши «Институт усовершенствования врачей», ФБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Артериальная гипертензия (АГ) рассматривается в настоящее время как фактор риска развития не только инсульта, но и расстройств когнитивных функций. Она играет важную роль в развитии и прогрессировании когнитивных расстройств, вплоть до степени деменции

Цель работы: изучить структуру и выраженность когнитивных нарушений у амбулаторных пациентов с АГ без инсульта и транзиторных ишемических атак в анамнезе.

Материалы и методы: Обследовано 60 амбулаторных пациентов (25 мужчин и 35 женщин) в возрасте от

41 до 65 лет (средний возраст 55,4±6,1). Определялись антропометрические показатели, степень и стадия АГ, наличие ассоциированных клинических состояний и поражения органов-мишений, частота сердечных сокращений покоя. Оценивались биохимические показатели, состояние липидного обмена, параметры ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, ультразвукового исследования сердца и сосудов. Исследование когнитивных функций осуществлялось в ходе беседыи и при помощи шкалы краткого исследования психического статуса-MMSE, теста рисования часов, шкалы мини-КОГ.

Результаты работы и их обсуждение: По стажу АГ пациенты были поделены на 3 равные группы: длительность заболевания до 5 лет, 5-10 лет и свыше 10 лет. По мере увеличения стажа АГ достоверно чаще встречалась ишемическая болезнь сердца и снижение скорости клубочковой фильтрации. Нарушения липидного обмена и гипергликемия натощак выявлены во всех группах без достоверных отличий.

По мере нарастания стажа АГ усугублялась выраженность когнитивных нарушений: средняя сумма шкалы MMSE по группам составила 28,4 балла, 27,2 и 25.4 соответственно. По шкале мини-КОГ 6,7 и 8 баллов соответственно. Выявлена сильная статистическая связь между стажем АГ и поражением органов-мишеней, таких как гипертрофия левого желудочка (Ra =+0,8), снижение СКФ (Ra =+0,78), наличие ИБС (Ra =+0,81) и средняя связь с выраженностью когнитивных нарушений (Ra =+0,61). Не было выявлено достоверных корреляций между выраженностью когнитивных нарушений индексом массы тела, а так же с выбором антигипертензивных препаратов и регулярностью лечения.

Выводы:

1. Для раннего выявления когнитивных нарушений можно использовать доступные и простые в употреблении шкалы (MMSE, мини-КОГ, тест рисования часов).

2. Выраженность когнитивных нарушений при АГ ассоциируется с длительностью заболевания и с поражением других органов-мишеней и не связана с выбранным приоритетным препаратом для лечения АГ.

0126

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА, РИСК КАРДИЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Бусалаева Е.И.*,Опалинская И.В., Акимова Н.В., Ипатова И.Ю.

***АУ Чуваши «Институт усовершенствования врачей», ФБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары**

Этиологическая структура фибрилляции предсердий (ФП) весьма неоднородна. Однако независимо от этиологии ФП является независимым фактором риска инсульта, его тяжести и рецидивов. Риск инсульта сопоставим при пароксизмальной и постоянной формах ФП. Значительный процент случаев связанных с ФП инсультов можно предотвратить при помощи правильно подобранной профилактической антитромботической терапии.

Цель работы: изучить этиологическую структуру ФП; определить потребность пациентов в антикоагулянтной терапии

Материалы и методы: Обследовано 51 человек (постоянная форма ФП -26, пароксизмальная — 25 человек), средний возраст — 67,2±6,2 года. Оценивались клинико-анамнестические данные, биохимические показатели, состояние липидного обмена, параметры ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, ультразвукового исследования сердца и сосудов. Для оценки риска тромбоэмболии использовали шкалу CHA2DS2-Vasc.

Результаты работы и их обсуждение: В этиологии пароксизмальной формы ФП преобладает ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, электролитные нарушения; при постоянной форме — ревматические пороки и хроническое легочное сердце. У пациентов с постоянной формой ФП достоверно чаще были выявлены увеличение левого предсердия и легочная гипертензия.

Высокий риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2 DS2-Vasc определен в 90,1% (46 человек), причем независимо от формы ФП; из них уже перенесли инсульт у 8 человек. Этой группе пациентов безусловно показана терапия антикоагулянтами. Однако получали ее лишь 8 человек (17,3%).

Выводы:

1. Основной вклад в этиологическую структуру фибрилляции предсердий вносит ИБС, которая в большинстве случаев сочетается с артериальной гипертензией.

2. Ревматические пороки чаще являются причиной постоянной формы ФП, электролитные нарушения —

пароксизмальной.

3. Большинство пациентов с постоянной и пароксизмальной формами фибрилляцией предсердий имеют высокий риск кардиоэмболических инсультов, однако их профилактика проводиться в недостаточном объеме (в 17,3 %).

0127

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Паладий Т.А., Зуева Е.В.

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

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что в основе многих заболеваний лежат нарушения микроциркуляции (МЦ) и капиллярного кровотока. В связи с этим, нам представляется весьма важным проследить характер изменений, происходящих на уровне микрососудистого (МС) русла с возрастом у практически здоровых людей. Цель исследования. Оценить характер функциональных изменений МС русла у практически здоровых людей различных возрастных групп. Материал и методы. Исследование проводилось у 82 практически здоровых людей, разделенных на 2 группы. В 1 группу вошли лица в возрасте от 20 до 40 лет (n=38; средний возраст 29,0±1,14 лет); 2 группу составили исследуемые в возрасте 41-60 лет (n=44; средний возраст 49,7±0,9 лет). Соотношение лиц мужского и женского пола было примерно одинаковым. Исследование МЦ проводилось методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ). Всем исследуемым проводили определение уровня общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов низкой (ХСЛПНП), высокой (ХСЛПВП) плотности, триглицеридов (ТГ), глюкозы, гликированного гемоглобина в крови, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) и среднее артериальное давление (АД ср). Результаты и обсуждение. Как показали исследования, у лиц 2 группы выявлена незначительная избыточная масса тела (ИМТ — 26,6±0,69 кг/м2) и несколько повышенный уровень ХС в крови (5,64±0,18 ммоль/л) за счет атерогенного ХСЛПНП (3,39±0,14 ммоль/л). Кроме того, у данного контингента лиц наблюдалась некоторая тенденция к росту АД и уровня глюкозы крови, которые, оставаясь в рамках физиологической нормы, достоверно превышали указанные показатели у здоровых 1 группы на 4,4% и 12,8% соответственно. Анализ ЛДФ-граммы продемонстрировал в старшей возрастной группе изменения, свидетельствующие о недостаточной функциональной активности эндотелия, повышенном тонусе микрососудов прекапиллярного сегмента и росте показателя артериоло-венулярного шунтирования на 23,1% и 22,8% соответственно. Во 2 группе лиц выявлено также снижение показателя резервного капиллярного кровотока на 16,8%. Обнаружена довольно тесная отрицательная ассоциация между показателем тканевой гемоперфузии и ИМТ как в 1 группе (r=-0,68; p<0,05), так и во 2 группе (r=-0,66; p<0,01) исследуемых. Во 2 группе исследуемых выявлена достоверная корреляция между уровнем ТГ в крови и показателем гемоперфузии (r=-0,56), а также содержанием в крови ХС ЛПВП и эндотелиальной составляющей микрокровотока (r=+0,44), уровнем гликированного гемоглобина и тонусом прекапилляров (r=+0,61). Заключение. С возрастом у практически здоровых лиц формируются изменения периферической гемоциркуляции, проявляющиеся депрессией эндотелиального и миогенного компонентов контроля микрососудистого тонуса, снижением резерва микрокровотока, активизацией артериоло-венулярного шунтирования крови и снижением эффективности МЦ. Особенности МЦ картины с возрастом могут быть обусловлены влиянием ряда факторов, в частности некоторыми сдвигами в липидном и углеводном обмене.

0128

РЕГИСТР ГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 2003-2012 гг.

Васильцева О.Я., Ворожцова И.Н., Крестинин А.В., Карпов Р.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, отделение ишемической болезни сердца и атеросклероза, отделение ультразвуковой и функциональной диагностики, г. Томск, Россия

Цель исследования Изучить динамику новых случаев госпитальной тромбоэмболии ветвей легочной артерии (ТЭЛА), вклад в её развитие и исход имеющихся у пациентов факторов риска по данным регистра патологии в стационарах г. Томска в 2003-2012 гг.

Материалы и методы Исследованию были подвергнуты истории болезни и протоколы вскрытий пациентов, лечившихся в стационарах г. Томска в 2003-2012 гг., у которых при патологоанантомическом и/или инструментальном исследовании выявлена ТЭЛА. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ для компьютера «Statistica for Windows», версия 8. Для проверки нормальности распределения количественных признаков использовали критерий Шапиро-Вилка и критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Проверку равенства генеральных дисперсий осуществляли с помощью критериев Фишера и Кохрэна. Статистически значимым считали уровень $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: в среднеурбанизированном городе Западной Сибири, Томске, создан Регистр госпитальной тромбоэмболии легочной артерии (2003-2012 гг.). Он зарегистрирован в объединённом фонде электронных ресурсов «Наука и образование» 28.11.2011года. В Регистр были включены 720 пациентов, у которых прижизненно и/или посмертно выявлена тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА). Проанализированы данные историй болезни и протоколов патологоанатомического вскрытия. В Регистре учитывались порядок госпитализации, отделение, возраст и пол пациентов, жалобы, анамнез, факторы риска тромбоэмболии легочной артерии, данные проведённых лабораторных и инструментальных методов исследований, в том числе эхокардиографии, сцинтиграфии лёгких, компьютерной томографии лёгких, а также материалы протоколов патологоанатомических вскрытий. Вскрываемость в городе в целом составила 45,2%. Всем 720 умершим пациентам проводилось патологоанатомическое исследование. При анализе данных опирались на рекомендации Европейского общества кардиологов. Все пациенты госпитализировались в экстренном порядке. 71,6% из них занимали нехирургические койки. По данным Регистра за 10-летний период выявлен рост массивной тромбоэмболии с 38,9% до 52,3% за счёт снижения и субмассивной, и сегментарной ТЭЛА. Рецидивы наблюдались у 22% пациентов. ТЭЛА стала основной причиной смерти у 55,8% умерших, причём в группе с рецидивирующим течением и у лиц с переломами костей нижних конечностей/позвоночника ТЭЛА, по сравнению с другими причинами, в несколько раз чаще была причиной летального исхода (ОШ 3,745; 95% ДИ 2,412-5,812 и ОШ 5,74; 95% ДИ 1,294-25,472 соответственно). Следует обратить внимание, что летальные исходы, в группе, где причиной смерти была именно ТЭЛА, возникали, несмотря на профилактическое использование антикоагулянтов (3,565; 95% ДИ 1,684-7,549). Случаи ТЭЛА у женщин, по данным Регистра, преобладали (61,3%). Однако при анализе гендерной структуры в группе, где ТЭЛА стала основной причиной смерти к 2012 г. обнаружилось преобладание мужчин. Если в 2003 г. мы имели 26,3% мужчин в этой группе, то к 2011 г. — 50,7%. Вены нижних конечностей были источником ТЭЛА у 63,4% лиц, однако признаки тромбофлебита, варикозной болезни вен нижних конечностей, хронической венозной недостаточности выявлены при патологоанатомическом исследовании лишь в 15,5% случаев. Онкологические заболевания обнаружены у 28,1% пациентов, в том числе у 59,3% — злокачественные. Большинство пациентов (63,0%) имели 3 и более фактора риска тромбоэмболии согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов и Российским клиническим рекомендациям. Антикоагулянты с профилактической целью по данным Регистра назначались в 28% случаях.

0129

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТЬЮ ИНГИБИТОРОМ F-КАНАЛОВ СИНУСОВОГО УЗЛА ИВАБРАДИНОМ

Васюк Ю.А., Школьник Е.Л., Несветов В.В., Школьник Л.Д., Варлан Г.В., Пильщиков А.В.

ГБОУ ВПО МГМСУ МЗ РФ, ГКБ №14, ГБУЗ ГП № 3 ДЗМ, Москва

Цель исследования: оценка возможностей показателя продольной систолической деформации по двухмерному эхокардографическому (ЭхоКГ) изображению в раннем выявлении субклинической систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), на фоне терапии антрациклинами, а так же возможности профилактики антрациклиновой кардиотоксичности ивабрадином.

Методы: в исследование включено 45 больных раком молочной железы с показаниями к химиотерапии антрациклинами без сердечно-сосудистой патологии.

Пациентам проводилось ЭхоКГ исследование до начала химиотерапии, а так же через 3 месяца после включения в исследование. Фракция выброса (ФВ) ЛЖ рассчитывалась по биплановому методу дисков. Кроме того определялась максимальная сегментарная продольная систолическая деформация (S) и скорость де-

формации (SR) на специализированной рабочей станции Echopac 6.0.

После включения в исследование, пациентки с частотой сердечных сокращений (ЧСС) ›70 ударов в мин. были рандомизированы на 2 группы: первая получала ивабрадин 5мг 2 раза в сутки (12 пациенток — группа ивабрадина), вторая получала только стандартное химиотерапевтическое лечение (18 пациенток — контрольная группа).

Результаты: ни у одной из пациенток не развились симптомы сердечной недостаточности. Более того, через 3 месяца после включения не было отмечено снижения ФВ ЛЖ ни в контрольной группе (с 63,3±3.8% до 62,9±3.4%, p=0,79) , ни в группе ивабрадина (с 67,0±2.5% до 66,8±3.7%, p=0,89). В контрольной группе на фоне химиотерапии наблюдалось достоверное снижение S (с -18,76±4,46% до -18,23±4,32 %, p = 0,05). Аналогичная тенденция наблюдалась у пациентов, на фоне химиотерапии с ЧСС ‹70 уд. в мин. (с -19,73±4,57 до -19,19±3,8%, p=0,11). В группе ивабрадина, показатель S напротив достоверно улучшился (с -19,16±5,61% до -20,56±5,51%, p=0,002). На фоне терапии ивабрадином достоверно снизилась ЧСС (с 86,3±11,6 до 66,4±9,7 уд. в мин., p‹0,001) в отличие от контрольной группы (с 79,1±7,0 до 76,9±7,0 уд. в мин., p=0,37). При этом ухудшение показателя SR отмечалось только в контрольной группе (с -1,16±0,35 до -1,09±0,28, p=0,002), тогда как в группе ивабрадина (с -1,27±0,39 до -1,25±0,37, p=0,58) и у пациенток с ЧСС‹70 ударов в мин. (с -1,15±0,36 до -1,21±0,38, p=0,06) изменений не было.

Выводы: показатели продольной систолической деформации и скорость деформации миокарда ЛЖ по данным двухмерной ЭхоКГ являются чувствительными маркерами субклинической систолической дисфункции ЛЖ у пациенток больных раком молочной железы на фоне химиотерапии.

Даже у пациенток без сердечно-сосудистой патологии на фоне противоопухолевого лечения развивается субклиническая систолическая дисфункцией ЛЖ, которая может быть эффективно предотвращена при применении ивабрадина.

0130

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Ватутин Н.Т., Колесников В.С.

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

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины», г. Донецк, Украина

Цель: оценить влияние ишемического прекондиционирования на систолическую функцию ЛЖ при остром коронарном синдроме (ОКС) с элевацией сегмента ST.

Материал и методы: обследовано 22 пациента (12 мужчин, средний возраст 55±3 года и 10 женщин, средний возраст 57±4 года) с ОКС с элевацией сегмента ST. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я — 13 человек со стенокардией напряжения II-III функционального класса (эквивалент ишемического прекондиционирования) в анамнезе, 2-я — 9 человек без предшествующей стенокардии. Всем больным было проведено ургентное стентирование инфарктзависимой артерии и назначена стандартная медикаментозная терапия. На 2-е сут ОКС проводилась эхокардиография с оценкой параметров систолической функции левого желудочка (ЛЖ): фракции его выброса (ФВ), степени передне-заднего укорочения в систолу (ΔS), скорости циркулярного укорочения волокон миокарда (Vcf).

Результаты: у больных 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно (p‹0,05) большими были ФВ ЛЖ (59,3±3,2% и 53,1±4,5% соответственно) и ΔS (30,1±3,2% и 22,3±2,0% соответственно). Vcf существенно не различалась между группами (1-я — 1,1±0,2 диам/с, 2-я — 1,2±0,1 диам/с).

Вывод: ишемическое прекондиционирование способствует сохранению систолической функции ЛЖ у пациентов с ОКС с элевацией ST.

0131

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ОБУЧЕНИЯ САМОКОНТРОЛЮ И САМОПОМОЩИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Ватутин Н.Т., Ещенко Е.В.

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

Цель. Оценить влияние различных методик обучения самоконтролю и самопомощи больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) на динамику показателей эхокардиографии (ЭхоКГ). Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов с ХСН ишемической этиологии (27 мужчин и 3 женщины, средний возраст 63±11 лет). Критерии включения: наличие клинических признаков ХСН II-IV функционального класса по NYHA, фракция выброса (ФВ) ЛЖ 45% и меньше, медикаментозная терапия в соответствие с национальными стандартами лечения ХСН в течение не менее 1 мес., добровольное согласие больного. Критерии исключения: острый коронарный синдром, сопутствующие хронические заболевания в стадии декомпенсации, алкогольная зависимость, деменция, невозможность проведения терапевтического обучения. Пациенты были разделены на 3 группы по 10 человек, которые исходно были сопоставимы по возрасту, полу, длительности ХСН. В начале исследования в 1й гр. изучали уровень медицинской грамотности, владение навыками самоконтроля и самопомощи, используя специально разработанный опросник. Затем, в зависимости от полученных результатов, пациентов обучали по индивидуальной программе, направленной на восполнение недостающих знаний и умений. Больные 2й гр. опросник не заполняли, но посещали групповые лекции, в ходе которых получали общую информацию о ХСН, принципах самоконтроля, немедикаментозном и медикаментозном ее лечении. Пациенты контрольной гр. получали общепринятые рекомендации по лечению ХСН без дополнительного обучения. Длительность наблюдения составила 6 мес. В начале и в конце исследования оценивали данные ЭхоКГ: ФВ ЛЖ, определяемую методом Симпсона, конечно-диастолический и конечно-систолический объемы ЛЖ (КДО и КСО ЛЖ), толщину миокарда задней стенки ЛЖ (ТМЗС ЛЖ). Результаты. Исходно ФВ ЛЖ в группах не различалась ($p>0,05$) и составила в 1й гр. 33,7±6,9%, во 2й гр. 38,3±6,1%, в контрольной — 34,2±9,4%. К концу периода наблюдения в 1й гр. отмечалось увеличение ФВ ЛЖ (46,1±11,8%, $p<0,001$ по сравнению с исходными данными, $p<0,05$ по сравнению с контрольной гр.), во 2й и контрольной она статистически значимо не изменилась (41,0±11,5%, $p>0,05$ по сравнению с исходными данными, $p>0,05$ по сравнению с контрольной гр., и 33,3±10,1%, $p>0,05$ по сравнению с исходными данными, соответственно). Через 6 мес. в 1й гр. отмечалось уменьшение объемов ЛЖ: КДО с 190,7±52,9мл до 164,9±61,4мл, $p=0,039$; КСО с 134,2±53,5мл до 110,4±50,6мл, $p=0,032$. Во 2й гр. и контрольной статистически значимых изменений КДО и КСО ЛЖ не выявлено. ТМЗС ЛЖ к концу периода наблюдения во всех группах не изменилась.

Выводы. Обучение больных ХСН с систолической дисфункцией ЛЖ самоконтролю и самопомощи по индивидуальным программам, учитывающим исходный уровень медицинской грамотности больных, приводит к увеличению ФВ и уменьшению объемов ЛЖ.

0132

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛНОГО ЙОГОВСКОГО ДЫХАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Шевелёк А.Н., Кравченко А.В.

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

Цель исследования — изучить эффективность полного йоговского дыхания в комплексном лечении больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 45 пациентов (25 мужчин и 20 женщин, средний возраст 64,2±4,8лет), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН III-IV функционального класса (NYHA) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (‹45%). Больные были разделены на две группы: 1-ю

(n=22) составили лица, получавшие только стандартную терапию ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты альдостерона, -адреноблокаторы, дигоксин, петлевые диуретики, статины, антиагреганты), пациенты 2-й группы (n=23) дополнительно были обучены полному йоговскому дыханию, состоящему из трех последовательных фаз — брюшного, грудного и верхнего (ключичного). Исходно участники 2-й группы выполняли полное дыхание в положении лежа на спине ежедневно 4 раза в день по 8-10 дыхательных циклов, затем по мере освоения упражнения практиковали его также в положении сидя, стоя, а в дальнейшем и во время ходьбы при появлении непереносимой одышки. Исходно и через 3 нед всем пациентам измерялась частота дыхательных движений (ЧДД) в покое и проводился тест с шестиминутной ходьбой.

Результаты. Исходно существенных различий по клинической характеристике пациентов, ЧДД в покое (24,5±2,3 мин-1 в 1-й группе и 24,2±3,1 мин-1 во 2-й) и результатам теста с шестиминутной ходьбой (162,8±24,1 м в 1-й группе и 158,1±21,2 м во 2-й) между группами не было (p>0,05). Комплайенс выполнения полного дыхания составил в среднем 82,1±7,8%. К концу периода наблюдения в обеих группах было отмечено значимое снижение ЧДД в покое (22,1±1,3 мин-1, p=0,02 в 1-й группе и 20,6±1,9 мин-1, p=0,005 во 2-й), более выраженное во 2-й группе по сравнению с 1-й (p=0,01). Тест с шестиминутной ходьбой выявил увеличение толерантности к физической нагрузке в обеих группах, однако во 2-й показатели оказались достоверно (p<0,05) выше (247,3±24,1 м) по сравнению с 1-й (206,7±15,2 м). Нежелательные явления при выполнении полного дыхания были отмечены у 4 (17,4%) пациентов и проявлялись легким головокружением.

Выводы. Применение полного йоговского дыхания в дополнение к стандартной терапии пациентов, госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН, ассоциируется с существенным уменьшением ЧДД в покое и увеличением толерантности к физической нагрузке.

0133

КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Ватутин Н.Т., Зинкович М.И.

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

Цель исследования — определить частоту и факторы риска (ФР) развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН) при плановых чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ).

Материал и методы. Наблюдались 116 пациентов (91 мужчина, 25 женщин, средний возраст 57,6±8,3 года), которым выполнено плановое ЧКВ (коронарография или стентирование). Помимо ишемической болезни сердца (ИБС) у 85 (73,3%) из них была артериальная гипертензия (АГ), 41 (35,3%) страдали сахарным диабетом (СД), 34 (29,3%) имели хроническое обструктивное заболевание легких, 37 (31,9%) — признаки хронической болезни почек (ХБП). Все пациенты имели хроническую сердечную недостаточность: 57 (49,1%) — 2 функционального класса (ФК) по NYHA, 55 (47,4%) — 3 ФК, причем у 18 (15,5%) из них фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) по данным эхокардиографии была ≤ 45%. Средний уровень сывороточного креатинина (СК) у наблюдаемых пациентов до проведения ЧКВ составлял 89,5±24,8 мкмоль/л.

В процессе вмешательства использовались низкомолекулярные йодсодержащие рентгенконтрастные вещества (РКВ) омнипак и ультравист. Диагноз КИН определялся при увеличении концентрации СК на ≥ 25% от исходного в первые 5 дней после ЧКВ.

Результаты. Объем введенного РКВ на одного больного в среднем составил 252,5±111,2 мл. После ЧКВ средний уровень СК возрос на 17,5 (19,5%) мкмоль/л и достиг 107,0±19,6 мкмоль/л (p<0,05), причем у 17 (14,7%) пациентов рост СК был ≥ 25% от исходного, что явилось основанием для диагностики у них КИН. Среди этих больных, помимо ИБС все имели АГ, 15 (88,2%) — СД, 14 (82,3%) — признаки ХБП, 1 (76,4%) — низкую (≤ 45%) ФВ ЛЖ.

Выводы. Из 116 больных ИБС, которым выполнено плановое ЧКВ (коронарография или стентирование) с использованием низкомолекулярных йодсодержащих контрастных веществ, КИН выявлена у 17 (14,7%). Повышенный риск развития КИН был существенно выше у лиц, имевших АГ, СД, ХБП и низкую (≤ 45%) ФВ ЛЖ.

0134

ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Кравченко И.Н.

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

Цель исследования — оценить влияние триметазидина на течение острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST (спST).

Материал и методы. В исследование включено 36 больных (24 мужчины, 12 женщин, средний возраст 55,2±6,1 г) с ОКСспST, разделенных на две сравнимые группы. Всем пациентам проводилось ургентное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием окклюзированной артерии и последующим стандартным медикаментозным лечением ОКС. Больным 1-й группы в дополнение назначался триметазидина дигидрохлорид с модифицированным высвобождением активной субстанции. Первый прием препарата в дозе 35 мг осуществлялся за 15-30 мин до ЧКВ, а последующие 70 мг/сут, разделенные на два приема — в течении всего периода пребывания больных в клинике. Всем пациентам спустя 24 часа после ЧКВ проводилась оценка фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), уровня тропонина Т и класса острой сердечной недостаточности (ОСН) по Killip. Спустя 4 нед повторно определяли ФВ ЛЖ, а также оценивали функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA и проводили тест с 6-ти минутной ходьбой.

Результаты. Спустя 24 ч ФВ ЛЖ у больных 1-й и 2-й групп была практически одинаковой (56,3±3,2% и 54,8±2,9% соответственно, $p>0,05$). Уровень тропонина Т (2,83±0,4 нг/мл и 3,12±0,5 нг/мл) и класс ОСН по Killip (1,85±0,6 и 2,01±0,2) также не отличались ($p>0,05$). Через 4 нед ФВ ЛЖ оказалась существенно большей в 1-й группе, чем во 2-й (59,3±2,2% и 53,6±1,5% соответственно, $p<0,05$), функциональный класс ХСН по NYHA — меньшим (2,04±0,3 и 2,8±0,4 соответственно, $p<0,05$), а дистанция теста с 6-ти минутной ходьбой — значительно большей (301,5±54,2 м и 222,8±35,4 м соответственно, $p<0,05$).

Вывод. Использование триметазидина при ОКСспST уменьшает тяжесть повреждения миокарда и степень гемодинамических нарушений.

0135

ВАРИАНТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕАКЦИИ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ

Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Евсеев М.Е.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Великий Новгород

Цель исследования. Изучить варианты ремоделирования миокарда у больных артериальной гипертензией (АГ) с различным вегетативным профилем в зависимости от вегетативной реакции на холодовой стресс.

Материал и методы исследования. Обследованы 64 женщины (средний возраст 50,1±1,2 лет) больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007). Обследование проводилось в покое и при холодовой пробе (ХП), которая проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. Исследование вегетативной нервной системы (ВНС) проводилось методом вариационной интервалометрии с определением показателя индекс напряжения (ИН). К группе больных АГ с исходной симпатикотонией относились больные со значениями ИН в состоянии покоя >200, с исходной ваготонией со значениями ИН в состоянии покоя <100. За симпатоадреналовую реакцию при проведении ХП принималось увеличение ИН на 30% и более, а за ваготоническую реакцию — уменьшение ИН на 30% и более. Методом эхокардиографии в зависимости от значений относительной толщины стенок (ОТС) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) выделяли варианты ремоделирования левого желудочка (ЛЖ): 1) нормальная геометрия ЛЖ; 2) концентрическая гипертрофия — КГЛЖ; 4) эксцентрическая гипертрофия — ЭГЛЖ. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования показали, что у больных АГ с преобладанием в состоянии покоя ваготониии и ваготонической реакцией на ХП преобладал ЭГЛЖ, она встречалась у 50% больных. В группе исходных ваго-

тоников с симпатической реакцией на ХП ЭГЛЖ встречалась в 14,3% случаев (хи2=4,073; p=0,044). КГЛЖ у ваготоников с симпатоадреналовой реакцией на ХП выявлена в 71,4% случаев, в у ваготоников с ваготонической реакцией на ХП в 33,3% случаев (p>0,05). Таким образом, у ваготоников с ваготонической реакцией на холодовой стресс чаще формируется ЭГЛЖ, а у ваготоников с симпатоадреналовым сопровождением холодового стресса — КГЛЖ.

У симпатотоников с ваготонической вегетативной реакцией на ХП ЭГЛЖ формировалась в 11,1% случаев, а у больных, у которых ХП сопровождалась нарастанием симпатоадреналовых влияний — в 50% случаев (χ^2=5,177; p=0,023).

Представляется интересным и тот факт, что КГЛЖ наиболее часто встречалась у больных АГ женщин симпатотоников с ваготонической реакцией на ХП — в 66,7% случаев, тогда как в группе симпатотоников с симпатической реакцией на ХП — в 20% случаев (χ^2=7,994; p=0,005).

0136

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ПРОФИЛЯ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ

Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Сухенко И.А., Бондаренко В.С.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Великий Новгород

Цель исследования. Изучить особенности нарушения диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с различным исходным вегетативным профилем.

Материал и методы исследования. Обследованы 64 женщины (средний возраст 50,1±1,2 лет) больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007). Обследование проводилось в состоянии покоя. Исследование вегетативной нервной системы (ВНС) проводилось методом вариационной интервалометрии с определением показателя индекс напряжения (ИН), отражающего активность симпатического отдела ВНС и напряженность регуляторных механизмов. К группе больных АГ с исходной симпатикотонией относились больные со значениями ИН в состоянии покоя >200, с исходной ваготонией со значениями ИН в состоянии покоя <100, с исходной нормотонией — ИН был в пределах 100-200. ДФЛЖ исследовалась методом допплерэхокардиографии, за основу взят показатель E/A. Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) диагностировалась при значениях E/A<1,0 и «избыточная» ДДЛЖ — при значениях E/A≥1,5. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования показали, что в группе больных АГ с преобладанием в состоянии покоя ваготониии ДДЛЖ с показателем E/A<1,0 наблюдалась в 33,3% случаев, в группе симпатотоников — у 62,9% больных у больных с нормотонией — в 28,6%. Существенных различий по частоте развития ДДЛЖ с показателем E/A<1,0 у больных АГ женщин в зависимости от исходного вегетативного профиля выявлено не было.

«Избыточная» ДДЛЖ (E/A≥1,5, прогностически неблагоприятна в плане развития сердечной недостаточности) в группе ваготоников была зафиксирована у 25% больных, тогда как в группе симпатотоников такой вариант ДДЛЖ не выявлялся (χ^2=27,166; p=0,0001). В группе больных АГ женщин с нормотонией «избыточная» ДДЛЖ встречалась в 7,1% случаев, что достоверно реже, чем в группе больных АГ женщин ваготоников (χ^2=5,039; p=0,025).

Таким образом, результаты исследования показали, что значительных отличий по частоте ДДЛЖ с показателем E/A<1,0 у больных АГ женщин с различным вегетативных профилем в исходном состоянии не выявляется, тогда как «избыточная» ДДЛЖ с показателем E/A≥1,5 значительно превалирует у больных АГ женщин в исходной ваготонией в состоянии покоя.

0137

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Вершинина А.М., Реут Ю.С., Гапон Л.И., Третьякова Н.В., Бусарова Е.С., Копылова Л.Н.

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

Цель работы: Оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии — препарата Эксфорж (фиксированная комбинация валсартан и амлодипин) производства фирмы NOVARTIS на состояние эластичности сосудов у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с метаболическими нарушениями по данным проспективного наблюдения.

Материалы и методы: Исследование выполнено у 62 пациентов АГ 11 -111 степени с метаболическими нарушениями, сопоставимых по возрасту и полу. Пациенты были обследованы до — и через 16 недель терапии препаратом эксфорж в дозе 5/160 — 10/ 160 мг/сутки. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на аппарате АВРМ-04 «Meditech», Венгрия. Упругие свойства сосудистой стенки оценивали с учетом параметров, характеризующих скорость распространения пульсовой волны (СРПВ). СРПВ на каротидно — феморальном участке определяли с помощью сфигмографической приставки АПК «Полиспектр -12» (Россия). Оценивали индекс жесткости сосудистой стенки (CAYI), лодыжечно — плечевой индекс (ABI).

Результаты исследования: Целевой уровень АД по среднесуточным показателям (данные СМАД) на фоне лечения препаратом эксфорж достигнут при 1 ст. АГ у 100% пациентов, при 2 ст. АГ — в 83,3% наблюдений, при 3 ст. АГ — 63, 64%, что определяет преимущества комбинированной терапии препаратом эксфорж в плане антигипертензивной активности по уровню достижения целевых значений АД.

Анализ состояния эластичности артерий у пациентов АГ в сочетании с метаболическими нарушениями показал увеличение СРПВ по мере прогрессирования АГ (от 1-ой к 3-ей степени); наибольшие значения СРПВ отмечены при АГ 3 ст (13,88 ±0,48 м/сек) с достоверным отличием ($p \le 0,01$,

$p \le 0,05$) в сравнении с начальными проявлениями заболевания (1-2 ст.АГ). На фоне терапии препаратом эксфорж наблюдается снижение показателей СРПВ уже при 1 ст. АГ, более выраженное по мере усугубления степени АГ(3 ст.АГ: динамика СРПВ составила от 13,88 ± 0,48 м/сек до 12,41±0,28 м/сек, $p \le 0,01$). Показатель индекса жесткости артерий (CAYI) возрастал по мере увеличения степени АГ (от 6,4± 0,15 при АГ 1ст. до 7,63±0,23 при 3 ст. АГ, $p \le 0,05$). На фоне терапии отмечена наиболее показательная динамика CAYI при 2 ст. АГ($p \le 0,05$), динамика же показателей СРПВ была более выраженной при АГ 3 ст. Изменения ABI носили тенденциозный характер.

Заключение: По мере прогрессирования АГ в сочетании с метаболическими нарушениями наблюдается более выраженное изменение параметров жесткости артерий. Применение комбинированной терапии — препарата эксфорж оказывает не только значительный антигипертензивный эффект, но и благоприятное влияние на состояние эластичности сосудов, как независимого фактора риска сердечно — сосудистых осложнений.

0138

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Веселовская Н.Г.1,2, Чумакова Г.А. 1,2

ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия1

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия2

Цель исследования: изучить предикторы развития неблагоприятных середечно-сосудистых событий (ССС) после стентирования коронарных артерий (КА) у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: В исследование было включено 186 мужчин (54,4 ± 9,1 лет) с ИБС: стенокардией напряжения II-IV ф.кл. и ИМТ≥30кг/м^2 (34,23±3,97 кг/м^2) в период их плановой подготовки к чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) со стентированием, которое проводилось в плановом порядке на ангио-

комплексе INTEGRIS 3000 (PHILLIPS, Голландия) голометалическими стентами SINUS (Россия). Проспективное наблюдение продолжалось в течение 1 года после ЧКВ (9,4 ± 1,2 мес.). Все пациенты после стентирования получали двойную антиагрегантную терапию в течение 1 года. Всем пациентам проводилось лабораторное исследование с определением основных и дополнительных метаболических факторов риска и ЭхоКГ с определением толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) в миллиметрах в В-режиме за свободной стенкой правого желудочка.

Результаты: Исходы стентирования были оценены у 185 пациентов. За период наблюдения произошло 58 (31,3%) ССС. Так был зарегистрирован 1 случай внезапной смерти (0,5%), 3 (1,6%) случая острого коронарного синдрома, 5 случаев (2,7%) аортокоронарного шунтирования, 32 случая (17,3%) рестеноза в зоне стента и 17 случаев (9,2%) госпитализации по поводу возобновления клиники стенокардии, не связанной с рестенозом в стенте. В группе с развитием ССС (n=58) исходно были более высокие показатели липопротеина «а» (ЛПа) 450(280;600) мг/л, инсулина 8,1(4,8;16,1) мкМЕ/мл, индекса HOMA-IR 2(1,1;1,2), тЭЖТ 7,0(5,0;9,0) мм, интерлейкина -6 (ИЛ-6) 9,2± 5,2 пкг/мл, лептина 13,3 (8,6; 18,9) нг/мл и индекса распространенности коронарного атеросклероза Gensini (ИКА) 31,0± 8,8, чем у пациентов без ССС (n=127)- ЛПа 276(167;450) мг/л (p<0,001), инсулин 5,7 (2,0;11,6) мкМЕ/мл (p=0,021), индекс HOMA-IR 1,3(0,5;2,0) (p=0,014), тЭЖТ 5,0(4,0;8,0) мм (p=0,013), ИЛ-6 6,1± 5,3 пкг/мл (p<0,001), лептин 9,6 (6,7; 14,7) нг/мл (p<0,001), ИКА 27± 7,2 (p=0,002). Совокупностью предикторов наиболее значимо связанных с ССС по результатам дискриминатного анализа стали: ЛПа (Wilks'Lambda=0,803), лептин (Wilks'Lambda=0,776), ИКА Gensini (Wilks'Lambda=0,747), глюкоза крови (Wilks'Lambda=0,756), ИЛ-6 (Wilks'Lambda=0,757), цифры диастолического артериального давления (Wilks'Lambda=0,750. Общий процент правильной переклассификации составил 77%, что является хорошим результатом.

Выводы: Определение дополнительных метаболических факторов риска перед проведением стентирования КА у пациентов с ожирением необходимо с целью формирования группы высокого риска осложнений и проведения комплекса профилактических мероприятий с целью улучшения результатов плановой реваскуляризации миокарда.

0139

ВЛИЯНИЕ ХРОНОТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ

Ветошкин А.С., Шуркевич Н.П., Пошинов Ф.А Белозерова Н.В., Гапон Л.И., Губин Д.Г.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; Филиал «Медико-санитарная часть», ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», Ямбург, Россия

Цель: изучить хронотипы АД у больных АГ II стадии, 1-2 степени и оптимизировать лечение с помощью хронокоррекции антигипертензивной терапии (АГТ), учитывающей хронобиологические моменты колебаний АД.

Методы исследования: обследованы 517 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет, из них 373 работника заполярной вахты и 144 пациента — жителей г. Тюмени. Из числа обследованных вахтовиков 294 пациента с АГ наблюдались в течение 12 мес., из них 174 были пролечены в режиме хронотерапии (ХТ) и 120 — в режиме обычного лечения (ОЛ) препаратами групп ИАПФ (лизиноприл), БМКК (амлодипин) и БАБ (бисопролол). Средний возраст обследованных 46,0±6,0 лет, длительность стажа работы вахтой — 12,2± 4,7лет, среднее офисное АД — 157,5±13,7 и 106,7±8,8 мм рт.ст., средняя длительность заболевания — 6,4 ±5,7 лет. Стадия АГ, степень повышения АД и стратификация больных по группам риска устанавливалась на основании рекомендаций ВНОК (2008-2010 г.). Всем пациентам проведено ультразвуковое сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА), ЭХОКГ, изучен вегетативный статус по таблицам А.М. Вейна, качество жизни по индексу активности DASI, исследован липидный спектр крови. Хронобиологический анализ данных СМАД осуществлен с помощью компьютерного программного обеспечения.

Результаты: первичное исследование показало у пациентов с АГ в условиях вахты в сравнении с пациентами (г. Тюмень) большую распространенность основных факторов риска ССЗ, структурных и функциональных изменений сердца в виде ГЛЖ, нарушений диастолической функции ЛЖ, атеросклеротические изменения стенок ОСА (72% обследованных) на фоне более высокой концентрации атерогенных фракций липидов в плазме крови. Основной особенностью суточного ритма АД в условиях Севера являлось увеличение хаотичности и вариабельности колебаний АД, что свидетельствовало о неустойчивости и малой мощности суточной

ритмики АД, при этом патологические ХТП АД в условиях Севера выявлялись значимо чаще, чем в Тюмени. В сравнении с обычным лечением хронотерапия улучшила приверженность антигипертензивной терапии, уменьшила частоту клинических проявлений АГ, способствовала формированию здорового образа жизни северных пациентов, уменьшив частоту основных ФР (курение, алкоголизация, избыточный вес и низкая физическая активность), улучшила показатели липидного спектра крови и параметров ЭХОКГ. В результате существенно улучшились показатели качества жизни.

Выводы. ХТ индивидуализированный метод лечения АГ, позволяющий эффективно контролировать АД путем снижения поддерживающей дозы, улучшающий клиническое течение заболевания АГ и приверженность АГТ. ХТ является одним из инструментов достижения целевого уровня АД, коррекции образа жизни и повышения качества жизни больного АГ в условиях заполярной вахты.

0140

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Виноградова Е.А., Хрусталев О.А.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава», г. Ярославль

Цель: выявление особенностей церебральной гемодинамики, оценка функции эндотелия у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД), в зависимости от типа суточного профиля артериального давления.

Методы: проводилось дуплексное сканирование магистральных сосудов головы и шеи (измерение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, скоростных показателей кровотока, индекса резистентности и пульсационного индекса средней мозговой артерии) на ультразвуковом сканере Toshiba XARIO, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью монитора МнСДП-2 с программным пакетом BPLab для Windows в свободном двигательном режиме на «нерабочей» руке каждые 15 минут в дневное время и каждые 30 минут ночью. Эндотелиальная дисфункция оценивалась путем проведения пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая вазодилатация, ЭЗВД) по методу D.S.Celemajer (1992) с помощью ультразвукового сканирования и допплерографии кровотока в плечевой артерии. Обусловленная потоком крови ЭЗВД определялась во время реактивной гиперемии (РГ), вызванной 5-минутной окклюзией плечевой артерии пневмоманжетой. Изменение диаметра плечевой артерии и скорость кровотока оценивали в процентном соотношении к исходным величинам в покое. За нарушение ЭЗВД принимали ее значения менее 10%. Обследовано 30 больных (14 мужчин, 16 женщин, средний возраст — 59,6 лет), которые составили 2 группы: 1 группа — больные АГ в сочетании с СД 2 типа (18 человек), 2 группа сравнения — 12 пациентов с эссенциальной АГ. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Длительность заболевания в среднем была 5-7 лет.

Результаты: при анализе суточного профиля АД было отмечено, что у больных АГ в сочетании с СД 2 типа превалировали типы «nondipper» (52% случаев) и «dipper» (32% случаев), тип «night-picker» встречался у 16% пациентов. В группе больных с эссенциальной АГ в 48% случаев отмечен тип «non-dipper», в 39% — «dipper», у 13% больных — тип «night-picker». Пациентов с суточной кривой «over-dipper» выявлено не было. У больных АГ с СД 2 типа среднедиастолическое АД (СрДАД) было достоверно выше на 4,7% ($p<0,05$) по сравнению с лицами с эссенциальной АГ. Значения среднесистолического АД (СрСАД) в исследуемых группах достоверно не отличались. Вариабельность систолического и диастолического АД, а также среднесуточная ЧСС выше у пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа по сравнению с больными с эссенциальной АГ, что свидетельствует о неблагоприятном прогнозе в отношении поражения органов-мишеней и риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Значения показателей утреннего подъема САД и скорости утреннего подъема ДАД ниже у больных АГ в сочетании с СД 2 типа, что объясняется отсутствие адекватного ночного снижения АД и отсутствием его физиологической суточной динамики. Установлено, что при АГ в сочетании с СД 2 типа возрастают показатели вариабельности и нагрузки давлением. Показатели церебральной гемодинамики у исследуемых групп пациентов также существенно различались. При ДС сосудов головы и шеи в группе больных АГ в сочетании с СД 2 типа наиболее часто выявлялось утолщение комплекса интима-медиа без формирования гемодина-

мически значимых стенозов — 62% пациентов, в группе эссенциальной АГ фибро-интимальная гиперплазия выявлена в 58% случаев. Стенозирующий процесс в сонных артериях отмечен у 58% больных АГ в сочетании с СД 2 типа и в 52% случаев группы эссенциальной АГ. Имели место гемодинамически незначимые стенозы (менее 50% по диаметру) в устьях внутренних сонных артерий (ВСА) и зоны бифуркации общих сонных артерий (ОСА), в основном среди пациентов старших возрастных групп (52,6 — 72,3 лет). При измерении индексов резистентности и пульсационных индексов средней мозговой артерии показатели в обеих подгруппах повышены (RI 0,65-0,74, PI 0,66-1,1), существенных различий в исследуемых подгруппах не выявлено, отмечается возрастание периферического сосудистого сопротивления. При проведении пробы с реактивной гиперемией у 50% пациентов, страдающих АГ в сочетании с СД 2 типа, определялось снижение эндотелий-зависимой вазодилатации, а замедленное восстановление исходного диаметра (к 5-й минуте) имело место у 62% больных. У пациентов с эссенциальной АГ снижение ЭЗВД выявлено у 43%, у 50% из них восстановление исходного диаметра плечевой артерии произошло к 4-й минуте. В контрольной группе здоровых лиц снижения сосудистой реактивности не выявлено: прирост диаметра плечевой артерии у всех превышал 10%, а исходный диаметр плечевой артерии восстановился к 3 минуте.

Выводы: у больных АГ в сочетании с СД 2 типа выявлено преобладание патологических типов суточного профиля АД, недостаточная степень ночного снижения АД, возрастание показателей нагрузки давлением, повышенная вариабельность АД; повышение периферического сосудистого сопротивления церебральных артерий опосредовано эндотелиальной дисфункцией.

0141

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА, ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Виноградова Е.А., Хрусталев О.А.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава», г. Ярославль

Цель: оценить структурно-функциональные особенности внутрисердечной гемодинамики у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД), в зависимости от типа суточного профиля артериального давления.

Методы: Обследовано 30 больных (14 мужчин, 16 женщин, средний возраст — 59,6 лет), которые составили 2 группы: 1 группа — больные АГ в сочетании с СД 2 типа (18 человек); 2 группа сравнения — 12 пациентов с эссенциальной АГ. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Длительность заболевания в среднем была 5-7 лет. Обследование включало суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью монитора МнСДП-3 с программным пакетом анализа BPLab для Windows в свободном двигательном режиме на «нерабочей» руке каждые 15 минут в дневное время и каждые 30 минут ночью. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) на ультразвуковом сканере «Toshiba Xario» с измерением линейных показателей: конечно-диастолического размера (КДР) и конечно-систолического размера левого желудочка (КСР ЛЖ), толщины задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП); оценивались размеры предсердий, измерялись показатели конечно-систолического объема (КСО ЛЖ) и конечно-диастолического объема (КДО ЛЖ), рассчитывалась фракции выброса (по методу Симпсона), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле R.Devereux и Reicheck, индекс ММЛЖ (ИММЛЖ), а также трансмитральный градиент, характеризующий диастолическую функцию ЛЖ (Е/А).

Результаты: при анализе суточного профиля АД было отмечено, что у больных АГ в сочетании с СД 2 типа превалировали типы «nondipper» (52% случаев) и «dipper» (32% случаев), тип «night-picker» встречался у 16% пациентов. В группе больных с эссенциальной АГ в 48% случаев отмечен тип «non-dipper», в 39% — «dipper», у 13% больных — тип «night-picker». Пациентов с суточной кривой «over-dipper» выявлено не было. У больных АГ с СД 2 типа среднедиастолическое АД (СрДАД) было достоверно выше на 4,7% ($p < 0,05$) по сравнению с лицами с эссенциальной АГ. Значения среднесистолического АД (СрСАД) в исследуемых группах достоверно не отличались. Вариабельность систолического и диастолического АД, а также среднесуточная ЧСС выше у пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа по сравнению с больными с эссенциальной АГ, что сви-

детельствует о неблагоприятном прогнозе в отношении поражения органов-мишеней и риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Значения показателей утреннего подъема САД и скорости утреннего подъема ДАД ниже у больных АГ в сочетании с СД 2 типа, что объясняется отсутствием адекватного ночного снижения АД и отсутствием его физиологической суточной динамики. Установлено, что при АГ в сочетании с СД 2 типа возрастают показатели вариабельности и нагрузки давлением. По данным ЭХО-КГ: показатели, отражающие размеры полостей сердца, ТМЖП, ЗСЛЖ, ММЛЖ, ИММЛЖ, выше у пациентов АГ с сопутствующим СД 2 типа. У 52% больных АГ с СД 2 типа отмечено статистически значимое снижение ФВ по сравнению с пациентами с АГ без сопутствующего СД (44+/-1,16% и 53,2+/-1,22%). Отмечена тенденция к увеличению показателей размеров полостей и стенок сердца, а также ММЛЖ, с увеличением длительности заболевания (при сравнимой давности и степени тяжести АГ). Процесс гипертрофии ранее всего затрагивает МЖП и ЗСЛЖ. При анализе показателей ММЛЖ в исследуемых группах отмечено преобладание концентрической гипертрофии (45% — в 1 группе, 52% — во 2 группе). Диастолическая дисфункция (1 типа, замедление релаксации) более выражена у больных АГ в сочетании с СД 2 типа (54,3 %), выраженность ее отчетливо коррелировала с длительностью заболевания (более 5 лет).

Заключение: у больных АГ в сочетании с СД 2 типа выявлено преобладание патологических типов суточного профиля АД, недостаточная степень ночного снижения АД, возрастание показателей нагрузки давлением, повышенная вариабельность АД; у больных обеих групп выявлены нарушения диастолической функции ЛЖ (1 типа), у пациентов с СД 2 типа нарушения диастолической функции ЛЖ отчетливо коррелировали с длительностью заболевания. Снижение ФВ (менее 50% по Симпсону), тенденция к увеличению размеров полостей сердца — более выражены в группе больных АГ с сопутствующим СД 2 типа. В обеих группах отмечено преобладание концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ.

0142

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Воробьев А.С.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель. С учетом роста выполнения интервенционных вмешательств у больных при острых инфарктах миокарда (ИМ) как со стойкой элевацией сегмента ST (STEMI), так и без таковой (non-STEMI), представляется актуальным изучение прогноза в отношении развития нарушений структуры и функции левого желудочка (ЛЖ) сердца у этих двух категорий пациентов.

Методы исследования. В проспективном исследовании находились 24 больных, перенесших STEMI и 21 пациент с non-STEMI; все лица получили ургентное оперативное лечение с использованием первичной ангиопластики со стентированием инфаркт-зависимых коронарных артерий. Среди обследованных было 22 мужчины и 23 женщины в возрасте от 44 до 65 лет, средний возраст которых составил 54,4±10,5 года. Индекс SYNTAX и исходные эхокардиографические показатели обеих групп больных ИМ были сопоставимы. Сроки наблюдения за больными составили в среднем 20 месяцев. У всех больных на 2-7 сутки и через 12-18 месяцев после ИМ проводили эхокардиографическое исследование. Развитием выраженных нарушений структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ считали: формирование значительной дилатации ЛЖ в процессе наблюдения при увеличении индекса конечно-диастолического объема ЛЖ на 20% и более от начальных величин; существенное снижение систолической функции ЛЖ — при уменьшении уровней фракции изгнания ЛЖ на 10% и более. В процессе наблюдения пациенты обеих групп получали подобную базисную медикаментозную терапию в соответствии с положениями международных Рекомендаций.

Результаты. По завершению наблюдения за указанными группами лиц, перенесших ИМ, нами достоверно не было выявлено большее число больных с выраженными нарушениями структуры и функции ЛЖ сердца в какой-либо из исследуемых групп пациентов (STEMI в сравнении с non-STEMI — 10:7, p=0,06). При этом степень выраженности этих нарушений представилась подобной.

Выводы. Актуально более тщательное изучение динамических изменений структурно-функционального состояния миокарда, а также коронарных артерий после стентирования с использованием, наряду с эхокардиографией, мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий, магнитно-резонансной томографии сердца, инвазивных контрастных методик при обеих формах ИМ. Представляются важными

подходы к оптимизации мониторинга соответствующих показателей коронарного и миокардиального ремоделирования сердца и выбора лечебных стратегий в постинфарктном периоде у лиц, перенесших как STEMI, так и non-STEMI.

0143

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАТАЛЬНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА SCORE

Воробьев Р.И.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия

Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является актуальной проблемой современной медицины России.

Целью исследования явилась апробация формирования групп высокого риска и очень высокого риска ССЗ с помощью компьютерного определения 10-летнего фатального риска SCORE у лиц в рамках диспансеризации.

Материалы и методы. Обследовано 560 практически здоровых лиц, средний возраст составил 43,2±16,0 лет, у которых наряду с анамнестическими, анкетными, антропометрическими, клиническими (измерение артериального давления — АД), функциональными проводили лабораторное исследование — определение в сыворотке крови концентрации общего холестерина ферментативным методом на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED. У пациентов также был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой на основе технологической платформы «1С: Предприятие 8.2» («Altay Risk SCORE», Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2012612885, 2012). Разработанная программа обеспечивает на основе выявленных факторов риска ССЗ, рассчитать риск SCORE быстро, точно, а также предлагает доступ к перечню профилактических рекомендаций, хранит результаты по факторам риска и результатам рискометрии в базе данных.

Результаты. У всех обследованных обнаружено, что уровень ОХС равен 5,1±1,1 ммоль/л (медиана — 4,9 ммоль/л), САД — 132,7±18,8 мм р.ст. (медиана — 130,0 мм р.ст.). Выявлено 24% курящих. Величина суммарного коронарного риска SCORE равнялась 2,7±3,5 % (медиана 1,0%). При этом группа низкого риска SCORE составила 21,7% от всех обследованных, умеренного риска — 60,0%, высокого — 13,5% и очень высокого — 4,8 %. У обследованных мужчин группа низкого риска по SCORE составила 10,9%, умеренный риск характерен для 57,1% мужчин (риск — 2,1±1,1%, медиана — 2,0%), высокий риск — 21,9% (риск — 6,4±1,5%, медиана — 6,0%), очень высокий — 10,1% (риск — 14,5±4,0%, медиана — 13,0%). Среди обследованных женщин группа низкого риска по SCORE составила 30,9%. Умеренный риск характерен для 62,4% женщин, величина риска — 1,7±0,9% (медиана — 1,0%); высокий риск — 6,4% (риск — 5,9±1,3%, медиана — 5,5%); очень высокий — 0,4% (риск — 17,0%, медиана — 16,8%). Лицам, имеющим умеренный риск, были даны профилактических рекомендации с последующим мониторингом, а при высоком и очень высоком риске по SCORE назначено активное вмешательство с мониторингом. При этом высокий и очень высокий риск по SCORE, когда требуется активное не- и медикаментозной вмешательство с последующим наблюдением, обнаружен у 32% мужчин и 6,8% женщин.

Заключение. Установление уровня риска пациента, достигнутое с помощью клинических, лабораторных и других данных при последующей компьютерной обработке позволяет сформировать группы риска и своевременно рекомендовать не- и медикаментозную коррекцию факторов риска.

0144

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАНДЕСАРТАНА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Воронкина А.В., Малюта Е.Б., Соломатина Е.Б., Галушко И.Л., Бунина О.Г.

МБУЗ «ГКБ №3», Кемерово, Россия

Цель: изучение возможности использования кандесартана у больных с артериальной гипертензией (АГ) и подагрой.

Методы исследования. Обследовано 15 мужчин с достоверным диагнозом подагрического артрита (по

критериям Wallace, 1997) и АГ. Средний возраст пациентов составил 47,4±7,5 лет. Стаж подагры составил 5,5±1,9 года, АГ — 4,3±2,1 года. На период исследования больные находились в межприступном периоде (более 2 недель после купирования артрита). В исследование включали пациентов без предшествующей гипотензивной терапии. У 66,7% пациентов имелась АГ I, у 26,7% — II и у 6,6% — III степени. Больные были разделены на 3 группы: I — без антигиперурикемической терапии (9 пациентов), II — нерегулярно принимавшие аллопуринол (3 пациента) и III — с тофусной формой заболевания на постоянном приеме аллопуринола с сохраняющейся гиперурикемией (3 пациента). Всем больным назначался кандесартан (Атаканд, АстраЗенека, Швеция) в дозе 8 мг/сут однократно утром. У 5 пациентов через 2 недели терапии в связи с недостаточным гипотензивным эффектом, доза кандесартана увеличена вдвое. Длительность наблюдения — 8 недель. Исходно и через 8 недель терапии выполнялось биохимическое исследование крови (определение мочевой кислоты, глюкозы, холестерина, креатинина, мочевины, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы), анализ суточной урикозурии, суточное мониторирование АД (СМ АД). Во время визитов больного (исходно, через 2, 4 и 8 недель лечения) врачом измерялось АД, оценивалось состояние больного (наличие артритов) и регистрировались побочные явления.

Полученные результаты. За время исследования побочных действий препарата зарегистрировано не было. У 60% пациентов в течение первых 2-х недель достигнуты целевые цифры АД (‹ 140/90 мм рт.ст.). В 33,3% случаев целевой уровень АД достигнут на 4-6 неделю наблюдения на удвоенной дозе препарата. В 6,6% случае потребовалось увеличение дозы кандесартана с присоединением второго антигипертензивного препарата (III степень АГ). К концу периода наблюдения отмечено снижение уровня систолического АД со 156,3±10,8 до 132,1±5,3 мм.рт.ст. и диастолического АД с 93,8±6,7 до 82,6±3,1 мм.рт.ст. с тенденцией к достоверности. По данным СМ АД прослеживалось снижение величины и скорости утреннего подъема систолического и диастолического АД, снижение вариабельности для систолического (на 18,6%) и диастолического АД (на 12,9%). В группах пациентов на монотерапии кандесартаном не прослеживалось снижения степени гиперурикемии. В III группе больных отмечалось снижение уровня мочевой кислоты менее 420 мкмоль/л без увеличения дозы аллопуринола. Следует отметить, что у всех пациентов отсутствовали признаки развития артрита за период наблюдения.

Выводы: Кандесартан эффективен для контроля АГ у пациентов с подагрическим артритом. Комбинированное назначение кандесартана с аллопуринолом приводит к усилению антигиперурикемического действия.

0145

РЕПЕРФУЗИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Вышлов Е.В., Филюшкина В.Ю., *Марков В.А.

ФБГУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, * ГБОУ ВПО СибГМУ, Томск

Цель работы: провести анализ реперфузионных мероприятий у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ) пожилого и старческого возраста по сравнению с более молодыми пациентами.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней пациентов с ОИМ и с реперфузионными мероприятиями, поступивших в отделение неотложной кардиологии НИИ кардиологии СО РАМН (г.Томск) в 2011-2012 годах. Анализировались основные клинико-анамнестические показатели. Результаты обработаны при помощи статистического пакета STATISTICA. Показатели представлены в виде медианы (Me), межквартельных размахов (Q1-Q3) и частот признака (%).

Результаты. В 2011-2012 годах в отделение неотложной кардиологии поступили 450 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым проводились реперфузионные мероприятия. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — больные 70 лет и старше (n=197), 2-я группа — больные до 70 лет (n=253). Пациенты с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST старшей возрастной группы (70 лет и старше) по всем основным клинико-анамнестическим показателям закономерно оказались более тяжелыми, чем более молодые пациенты. Время от начала ангинозного приступа до поступления в стационар между группами не различалось и составило 165 (120-288) и 160 (120-240) минут. Частота проведения тромболитической терапии (ТЛТ) была выше в 1-й группе: 49% против 11,5%($p<0,05$). ТЛТ на догоспитальном этапе в 1-й группе проводили реже: 36,1% против 64,5% ($p<0,05$). Частота реперфузии коронарной артерии на 90-й минуте от начала ТЛТ (снижение сегмента ST на ≥50% в информативных отведениях) между группами не различалась и составила 51,3% и 54,8% случаев. Частота проведения чрезкожного коронарного вмешательства

(ЧКВ) после ТЛТ (спасительное и отсроченное в рамках фармако-инвазивной стратегии реперфузии) в 1-й группе оказалась меньше: 29,9% против 36,8% (p<0,05). Первичное ЧКВ у пациентов старшей возрастной группы проводилось реже: 45,2% против 51,8% (p<0,05). Также в 1-й группе реже проводилось стентирование остаточного стеноза: 45,7% против 75,5% (p<0,05).

Госпитальная летальность была выше в 1-й группе: 17,3% против 4,3% (p<0,05). По продолжительности госпитализации достоверных различий в группах не было: 14 (10-16) к/д и 12 к/д (10-14) .

Выводы. Пациенты до 70 лет и старше поступают в стационар с одинаковой задержкой времени от начала заболевания. В реальной клинической практике пациенты старшей возрастной группы (≥70 лет) в качестве первичного метода реперфузии чаще получают тромболитическую терапию, но проводится она позже (чаще в стационаре, чем на догоспитальном этапе), и реже — чрезкожное коронарное вмешательство (как первичное, так и после тромболизиса), что частично может быть одной из причин более высокой летальности.

0146

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Масуев К.А., Гаджиева Л.Х., Ибрагимова М.И.

ГБУ РД «Республиканский медицинский центр»,

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

Цель. Изучить влияние комбинированной гипотензивной терапии на гипертоническое ремоделирование сердца у больных пожилого и старческого возраста.

Методы исследования. В исследование включено 80 пациентов АГ различной степени риска сердечно-сосудистых осложнений (23 мужчины и 57 женщин) в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст 72,4 ± 6,5 лет, медиана — 72 года, квартили 69,5 и 76 лет). Длительность заболевания составила 19,6±6,8 лет. Всем пациентам проведено эхокардиографическое исследование до лечения и через 6 месяцев на фоне комбинированной гипотензивной терапии: экватором (комбинация лизиноприла и амлодипина), нолипрелом (комбинация периндоприла аргинина и индапамида). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica-6.0» фирмы StatSoft Inc. 1984-2001.

Полученные результаты. 6 (7,5 %) пациентов страдали АГ II степени, АГ III степени выявлено у 72 (92,5 %). У 60 пациентов (75,0 %) диагностировано сочетание АГ с ИБС, у 2 (2,5 %) — с СД, у 16 (20%) — АГ с ИБС и СД. Изолированная систолическая гипертония выявлена у 35 пациентов (44%). Характеристика эхокардиографических показателей в группах сравнения до лечения достоверно не различалась. Через 6 месяцев на фоне комбинированной терапии препаратами экватор и нолипрел отмечалась статистически достоверная (P>0.05) положительная динамика эхокардиографических показателей: уменьшение размеров ЛП, МЖП, КДР. Динамика ИММЛЖ (с 121,6±16,42 до 111,0±13,59), ММЛЖ (с 229,2±47,91 до 204,7±51,01) оказалась наилучшей в группе нолипрела. Проведенная терапия положительно отразилось и на диастолической функции левого желудочка, в частности отмечается статистически достоверное увеличение показателя E/A в обеих группах исследования.

Выводы. У пациентов пожилого и старческого возраста с АГ высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений комбинированная гипотензивная терапия вызывает статистически достоверное обратное развитие ремоделирования ЛЖ. Наиболее выгодной является комбинация иАПФ и диуретика (периндоприла аргинина и индапамида).

0147

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Газизов Р.М., Ацель Е.А., Климова Н.А., Бейлина Н.И., Сайфутдинова Т.В.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия

Цель: Оценка эффективности отечественных лекарственных средств с иммунокоррегирующей активно-

стью ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС).

Материалы и методы: 290 больных ХРБС в возрасте от 24 до 72 лет с различными пороками сердца, из них женщин — 223, мужчин — 67. 59 больных I группы получали традиционную терапию (ТТ); 94 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон по 0,5 г 3 раза в день в течение трех недель; 92 больных III группы — димефосфон внутрь по 10-15 мл 15% раствора 3 раза в день. 45 больным IV группы внутривенно капельно (10 инфузий) вводился ОФР. Для оценки эффективности лечения ежедневно контролировалось самочувствие и объективное состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, Эхо-КГ, еженедельно в динамике определялось количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов (Т-Лф) методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа; функциональная активность лимфоцитов (Лф) в РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов (Н) в НСТ-тесте; уровень сывороточных иммуноглобулинов (Ig) A, M, G.

Результаты: При лечении больных ХРБС с включением ксимедона, димефосфона и ОФР наблюдалось более ранняя положительная клиническая динамика и нормализация показателей клинического и биохимического анализа крови, чем при ТТ. Терапия с включением ксимедона и димефосфона в отличие от ТТ увеличивала сниженное количество CD3+-, CD4+-, CD8+- и CD16+- Т-Лф и восстанавливала до нормы супрессорную активность Лф; стимулировала функциональную активность Лф в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности Н в НСТ-тесте и уровней сывороточных Ig. В IV группе содержание CD3+- и CD4+-Т- Лф несколько увеличилось и превосходило показатели I группы; но не достигло уровня доноров. Количество CD8+-, CD16+-, CD20+-Т-Лф и соотношение CD4+/CD8+ не менялось. Изучение функциональной активности Лф в тесте РБТЛ с ФГА и функциональной активности супрессорных клеток в тесте КонА индуцированной супрессии при лечении ОФР не обнаружило достоверной динамики индекса стимуляции. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности Н в НСТ-тесте у больных IV группы по сравнению с больными I группы наблюдалась достоверная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности Н. У больных IV группы наблюдалось медленное снижение уровней IgA и IgM при отсутствии динамики уровня IgG; к концу лечения различие между больными, получавшими ОФР и ТТ, стало недостоверным.

Выводы: В комплексном лечении больных ХРБС рекомендуется проводить иммунореабилитацию отечественными препаратами ксимедоном и димефосфоном. Озонированные растворы кристаллоидов могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

0148

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАЖА.

Газизов Р.М.[1], Ацель Е.А.[1], Крохина Е.Ю.[2], Нургатина Э.Р.[2], Щедова Е.А.[2]

[1]ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»; [2]НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Казань» ОАО «РЖД», Казань, Россия

Цель: изучение взаимосвязи между продолжительностью профессионального стажа машинистов и распространенностью факторов риска развития ИБС.

Материал и методы: Обследовано 79 машинистов и помощников машинистов локомотивных бригад станции Казань и станции Юдино от 20 до 53 лет. Все исследуемые были разбиты на 3 группы по продолжительности их профессионального стажа: 1-ая группа — 18 человек со стажем от 25 и более лет; 2-ая группа — 25 человек со стажем от 11 до 24 лет и 3-я группа — 26 человек со стажем от 1 до 10 лет. У всех обследуемых выяснялись жалобы, выявлялись факторы риска развития ишемической болезни сердца, проводилось антропометрическое исследование, биохимические исследования крови, нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил), холтеровское мониторирование ЭКГ с изучением вариабельности сердечного ритма (ВСР), суточное мониторирование АД. Исследование ВСР проводилось в стационаре и во время выполнения профессиональных обязанностей.

Результаты: выявлена четкая зависимость между продолжительностью профессионального стажа маши-

нистов и увеличением распространенности ведущих факторов риска развития ИБС. В 1-й группе выявлено 68,9% лиц с повышенным весом, курящих — 57,6%, с артериальной гипертонией — 59,3%, с гипер- и дислипидемией — 66,5%; у 23,4% выявлены признаки коронарной недостаточности во время нагрузочной пробы. Во 2-й группе выявлено 19,6% лиц с повышенным весом, гипер- и дислипидемия — у 26,8%, курящих — 82,4%, с артериальной гипертонией — 36,8%, с положительной нагрузочной пробой — 11,4%. В 3-й группе число курящих составило 100%, артериальная гипертония выявлена у 19,2%, повышенный вес — у 11,5% лиц, признаков коронарной недостаточности (во время ВЭМ) не выявлено. Анализ ВСР показал значительное уменьшение дисперсии продолжительности кардиоинтервалов во время выполнения машинистами профессиональных обязанностей по сравнению с исследованием в условиях стационара, что связано с ареактивностью вегетативной сферы и характерно для среднего и высокого напряжения внимания. При исследовании ВСР в условиях стационара отмечено менее выраженное снижение дисперсии продолжительности кардиоинтервалов по сравнению с контрольной группой, более заметное в 1-ой и 2-ой группах с более продолжительным профессиональным стажем.

Выводы: у работников локомотивных бригад выявлена достоверная взаимосвязь между выраженностью риска развития ишемической болезни сердца и продолжительностью трудовой деятельности. Для выявления нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы у машинистов необходимо проведение мониторирования ЭКГ с изучением вариабельности ритма во время выполнения ими служебных обязанностей.

0149

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕНЫХ ПРЕПАРАТОВ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Гайдукова И.З., Ребров А.П., Полянская О.Г., Спицына М.Ю.

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

Сердечно-сосудистая заболеваемость при спондилоартритах превышает популяционную. Независимым фактором риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий является хроническая болезнь почек (ХБП). Одним из факторов риска ее формирования и прогрессирования у пациентов с аксиальным спондилоартритом (акс-СпА) может быть прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Цель исследования — изучение встречаемости ХБП у пациентов с акс-СпА, принимающих НПВП (на примере нимесулида) более 1 года, и ее ассоциации с особенностями применения препарата в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Обследовали 96 пациентов с акс-СпА (ASAS критерии, 2009), принимающих НПВП более года. Средний возраст пациентов составил 42,3 ± 10,5 года, длительность заболевания — 14,1 ± 8,0 лет, мужчины 55,2% (n=53). Исследовали ОАК, ОАМ, С-РБ; общий белок, альбумины, мочевину, креатинин, глюкозу, билирубин, аспартат- и аланинаминотрансферазу (АСТ, АЛТ), ГГТП, щелочную фосфатазу сыворотки крови; суточную протеинурию. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD. Наличие ХБП констатировали на основании рекомендаций K/DOQI, 2002. Пациентам предоставляли вопросник, уточняющий дозировку, длительность и кратность приема НПВП.

Результаты. 70 пациентов из 96 обследованных принимали нимесулид. Признаки ХБП установили у 52 (78,78%) пациентов (n=66). Изолированное снижение СКФ ‹ 90 мл/мин/1,73м2 выявили у 24 (36,36%) пациентов, протеинурию — у 23 (34,84%), гипостенурию — у 40 (60,6%) больных. Установили взаимосвязь между длительностью приема нимесулида и СКФ (R Спирмена = — 0,34, p=0,02). СКФ у пациентов, применявших нимесулид курсами несколько раз в год в рекомендованной дозировке, составила 93,2 ± 12,1 мл/мин/1,73м2 (n = 8); у пациентов, принимавших нимесулид несколько раз в неделю или постоянно — 84,1 ±7,6 мл/мин/1,73 м2 (n = 21); у пациентов, принимавших препарат несколько раз в неделю или постоянно в дозировке, превышавшей 400 мг/сутки, СКФ составила 68,2 ± 8,3 мл/мин/1,73 м2 (n =14). Различия между значениями СКФ пациентов, принимавших 200-400 мг препарата и более 400 мг нимесулида в сутки, достоверны (p<0,05).

Курсовый прием препарата несколько раз в год ассоциируется с формированием ХБП в 25% случаев (частота встречаемости ХБП в популяции составляет 39%), постоянный длительный прием нимесулида в дозе 400 мг в сутки ассоциируется с формированием I ст. ХБП не более чем у 40% пациентов (различия с частотой встречаемости ХБП в общей популяции не установлено). Прием препарата в дозировках, превышающих рекомендованные дозы, приводит к формированию ХБП в 100% случаев и более значимому снижению СКФ, при

этом снижение СКФ установлено у 92,85% пациентов.

Выводы. У пациентов с акс-СпА постоянный длительный прием НПВП в максимально рекомендованных дозах ассоциируется с формированием ХБП I ст. у 40% пациентов. Превышение рекомендованной дозировки препарата ассоциируется с ХБП в 100% случаев с более выраженным снижением СКФ, чем у лиц, соблюдающих рекомендованный режим дозирования препарата.

0150

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ В ПОПУЛЯЦИИ ШКОЛЬНИКОВ ТЮМЕНИ

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

Филиал ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель работы. Оценка эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии (АГ) и ее факторов риска, 18- летние тренды в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материалы и методы. Проведено два одномоментных эпидемиологических исследования популяции школьников одного из округов г. Тюмени, выбранных по методу случайных чисел, с периодом 18 лет. Первым кардиологическим скринингом (1986-87гг.) было охвачено 3702 школьника (1836 мальчиков и 1866 девочек) 7-15 лет, с откликом 93%, вторым (2004-2006г.г.) — 2640 школьников (1308 мальчиков и 1332 девочки) 7-17 лет с откликом 87,7%. Обследование проводилось с применением аналогичных стандартизованных методов и соблюдением сезонности года: анкетирование, измерение артериального давления (АД) (в качестве критериев повышенного АД взяты рекомендации ВОЗ); антропометрия с определением индекса Кетле (ИК): масса тела считалась избыточной (ИМТ), если ИК для детей 7-9 лет — ≥ 20,0, 10-14 лет — ≥ 22,0, 15-17 лет — ≥ 25,0. Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты. При сравнении результатов двух скринингов в динамике наметилась статистически незначимая тенденция к уменьшению распространенности АГ среди школьников 2-го скрининга по сравнению с 1-м (10,6% vs 11,9%, $p>0,05$), обусловленная уменьшением лиц с АГ среди современных девочек (8,8% vs 11,6%, $p<0,05$), у мальчиков значимых различий не отмечено(12,4% vs 12,2%). Также наблюдалась более высокая распространенность ИМТ среди мальчиков 2-го скрининга по сравнению с 1-м (9,2% и 7,6% соответственно, $p=0,07$), у девочек динамики не выявлено. В группе школьников с повышенным уровнем АД отмечались более высокие средние значения ИК, чем в группе с нормальным АД. У школьников с ИМТ наблюдались более высокие средние значения САД и ДАД, чем у школьников с долженствующей массой тела ($p<0,05$). Встречаемость повышенного АД В группе школьников с ИМТ отмечалась почти в 3 раза чаще, чем среди школьников с долженствующей массой тела ($p<0,05$).

При проведении парного корреляционного анализа установлена прямая статистически достоверная сильная связь уровня АД с массой тела и ИК ($p<0,05$), более выраженная в группе с ИМТ.

Относительная возможность развития артериальной гипертонии у школьников с ИМТ возрастала в 7 — 8 раз по сравнению со школьниками с долженствующей массой тела, а у школьников с избыточной массой тела при рождении: у мальчиков — в 4,8 раза, у девочек — в 7,6 раза.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования тюменской популяции школьников показали высокую распространенность АГ и ИМТ, прямую ассоциативную взаимосвязь АД с ИМТ; что указывает на необходимость разработки и проведения целенаправленных профилактических мероприятий уже с раннего детства.

0151

ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ИБС, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ТЕХНОЛОГИЕЙ ХСТРЕЙН

Галимская В.А., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: определение качественных особенностей деформационных показателей и диапазон этих величин

у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, и без инфаркта миокарда (ИМ), определяемых методом ХСтрейн.

Методы исследования: в исследование было включено 30 пациентов с клинической ИБС и контрольная группа, состоявшая из 20 здоровых добровольцев. Среди здоровых лиц 12 женщин и 8 мужчин, средний возраст 52,2±9,4 лет. Пациентов с ИБС разделили на 2 группы: 1 группа — 15 человек (54,2±5,8 года) с ИБС без ИМ, 2 группа — 15 человек (58±9,7 года) с ИБС, перенесших ИМ. Диагноз ИБС выставлялся на основании клинических проявлений заболевания, наличия 50% стеноза как минимум в 1 из крупных коронарных артерий по результатам коронароангиографии (КАГ), перенесенный в прошлом доказанный ИМ. Исследуемым лицам выполнялось ультразвуковое исследование сердца сканером MyLab90 Esaote (Италия). Компьютерный анализ основывался на обработке цифровых видео записей срезов сердца, с использованием программного обеспечения XStrain ™ Esaote (Италия). Определяли Global Longitudinal Strain (GLS), Global Circular Strain (GCS) и Global Radial Strain (GRS).

Результаты: GLS в 1-й, 2-й и контрольной группе составляла (-18,8±2,6), (-15,2±3,1) и (-20,3±2,6%), соответственно. Таким образом, GLS была ниже на 25% ($p<0,05$) в группе пациентов, перенесших ИМ, по сравнению с контрольной группой. В группе без ИМ разница, соответственно, составила 7,3% ($p<0,05$). GCS в исследуемых группах составляла (-21,8±3,31), (-16,5±2,9) и (-25,1±4,0%). У пациентов с неосложненной ИБС GCS отличались на 13% ($p<0,05$), а 2 группы — на 34% ($p<0,05$) от нормальных показателей циркулярной деформации. Радиальная деформация была ниже у лиц 1 группы (31,6±6,4%) (нд), а у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (32,6±9,6%) не отличалась от здоровых субъектов (33,5±2,2%) и разница составила 3,4% (нд).

Выводы: у пациентов ИБС в большей степени снижалась только продольная и циркулярная деформация миокарда. Глобальная радиальная деформация и ее значения у пациентов с ИБС не отличаются или превышают аналогичные показатели здоровых субъектов. Это связано с распространением некроза от эндокарда к перикарду, затрагивая субэндокардиально расположенные косонаправленные продольные волокна миокарда ЛЖ, за счет которых происходят данные виды деформации. Глобальная продольная и циркулярная деформация у здоровых и пациентов 1 группы отличались на 7 и 13% от здоровых, 2 группы — 25 и 34%.

0152

РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК ОТЯГОЩАЮЩЕГО ФАКТОРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН Г.БАКУ

Гамзаев М.А., Агаев А.А.

Институт усовершенствования врачей им. А.Алиева

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель исследования — оценить состояние самоконтроля АГ и его влияние на повышение приверженности пациентов к лечению АГ.

Материал и методы исследования. Провели свободное анонимное социологическое проспективное исследование среди репродуктивных женщин г.Баку. Анкета состоит из 9 блоков вопросов (всего 98 вопросов, один из которых отражает социально-профессиональную ориентацию женщин, состояние их репродуктивной обращаемости). Раздали 8000 анкет, обратно собрали 5233 анкеты (65,4±0,5%), из них 2674 анкеты полностью содержали ответы на поставленные вопросы (33,4±0,5%). Согласно принятому социально-брачному статусу всех женщин разделили на 4 группы: не вступившие в брак — 684 женщины, состоящие в браке — 1353 женщины, расторгнувшие брак — 491 женщина, вдовые — 146 женщин. Возраст женщин варьировал от 17 до 42 лет и все они были азербайджанской национальности.

В поликлиниках г.Баку отобрали 195 женщин с контролируемой АГ. Оценку приверженности пациентов к лечению провели анкетированием. В анкете содержались 4 следующих вопроса: забыли ли вы когда-нибудь принять препараты?; не относитесь ли вы иногда невнимательно ко времени приема лекарств?; не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?; если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли вы иногда его следующий прием без информирования своего врача? Каждый ответ «нет» оценивался в 1 балл. Приверженными к лечению считались пациенты, набравшие 4 балла, не приверженными — менее 4 баллов. В анкетах содержались также вопросы, отражающие наличие в семье тонометров, навыков ими пользования и причины, ограничивающие самоконтроль АД.

Результаты и обсуждение. Среди женщин, у которых АГ находится под врачебным контролем менее 3

лет, показатель приверженности в отмеченные сроки также возрастает с 2,7±0,6 до 3,8±0,7 баллов (t=1,29; P>0,05). Т.е. увеличение контактов с врачами повышает приверженность пациентов к лечению АГ, но даже более чем 10-летний период контактов они не приводят к достижению желаемого уровня. Во многом это связано, как показывает опыт других исследователей, с очень низким уровнем самоконтроля пациентами АГ уровня АД. Самоконтроль АД осуществляют пациенты, у которых срок продолжительности заболеваемости АГ не превышает 3 года. По мере увеличения сроков заболеваемости АГ последовательно возрастает и частота самоконтроля АД, достигающая среди пациентов, у которых АГ контролируется врачами более 10 лет — 40,8±5,9% (t=3,27; P<0,01).

Заключение. Повышение приверженности к лечению АГ является одной из основных мер в достижении лечебного эффекта и профилактики осложнений этого заболевания. Доверительные взаимоотношения врачей с пациентами, доступное и наглядное разъяснение им важности постоянного контроля АГ и самоконтроля АД и неукоснительного выполнения врачебных предписаний во многом способствует повышению приверженности к лечению АГ.

0153

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Ганеева А.В., Маянская С.Д.

Казанский государственный медицинский университет, ГБОУ, ВПО МЗ РФ, Казань,Россия

Целью настоящего исследования являлось изучение краткосрочной вариабельности артериального давления (АД) в первом и втором триместрах беременности

Материалы и методы. Под наблюдением находились 25 беременных женщин в возрасте 20-37 лет с исходно нормальным АД. Измерения проводились с периодичностью 1 раз в месяц, начиная с I триместра тонометром TensovalDuoControlкомпании Hartmann. Краткосрочная вариабельность определялась на приеме путем трех последовательных измерений АД с интервалом 1-2 минуты после пяти минут покоя. Оценка допплерометрических показателей маточных артерий проводилась в I триместре на сроке 12-13 недель, во II — на сроке 21-23 недели беременности.

Результаты. В I триместре вариабельность систолического артериального давления (САД) составила в среднем 3,51(±1,11) мм рт. ст., диастолического (ДАД) — 3,0(±1,06)мм рт.ст. Во II триместре показатели вариабельности АД достоверно не отличались от таковых в первом триместре и составили в среднем 3,47(±1,86) и 3,62(±1,42) для САД и ДАД соответственно (p>0,05). Показатели вариабельности САД и ДАД достоверно не отличались между собой ни в I, ни во II триместрах беременности (p>0,05). Индекс резистентности маточных артерий в I триместре составил в среднем 0,58(±0,07), систоло-диастолическое отношение — 2,65(±0,54). Во II триместре имело место достоверное снижение показателей маточного кровотока: индекс резистентности составил в среднем 0,5(±0,01), систоло-диастолическое отношение — 2,0(±0,1) (p<0,05).

Выводы. Несмотря на физиологически прогрессирующие изменения гемодинамики, вариабельность АД в Iи II триместрах достоверно не меняется и остается в пределах низких значений. В то же время во II триместре происходит снижение резистентности маточных артерий, что, по-видимому, связано с перераспределением кровотока в системных артериях и артериях матки во время определенных периодов беременности у женщин с нормальным АД. Продолжение исследования позволит оценить значимость изучаемых показателей в прогнозировании осложнений беременности и родов.

0154

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гараева Л.А., Маянская С.Д,

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Цель:изучить частоту встречаемости мультифокального атеросклероза при поражениирартерий различной

локализации, а также оценить степень развития осложнений после хирургического лечения в зависимости от распространенности процесса.

Методы исследования: 100пациентам(мужчины -74, женщины — 26 человек), в возрасте от 35 до 70 лет, с атеросклеротическим поражением различной локализациипроведено ангиографическоеисследование сосудов нижних конечностей, ветвей дуги и брюшного отдела аорты. Также стандартными эпидемиологическими методами оценивали уровень АД, индекс массы тела, изучались лабораторные показатели (липидный профиль,коагулограмма, общий анализ крови) наличие сопутствующих заболеваний, и факторы риска.

Результаты: По данным ангиографического исследованияизолированноепоражение одного русла артерий было обнаружено у 31пациента. Из них :у 6 человек (6,1%)- поражение экстракраниальных сосудов, у 13 — сосудов нижних конечностей (13,4%), у 5 — ветвей брюшного отдела аорты (5,15 %), у 7 — коронарных сосудов (7,21 %).Пациенты с поражением двух бассейнов распределились следующим образом: с поражением сосудов нижних конечностей и брюшного отдела аорты-21 человек (21,63%), экстракраниальных и коронарных сосудов –14 человек (14,42%), сосудов нижних конечностей и экстракраниальных сосудов — 9 человек(9,27 %), сосудов нижних конечностей и коронарных сосудов –3 человек (3%). Сочетанного поражения сосудов брюшного отдела аорты и коронарных сосудов в нашей практике не наблюдалось. Пациентов с поражением трех и более бассейнов было 19 человек (19,57%). При этом у пациентов разных групп не было достоверных различий в индексе массы тела, однако наблюдались некоторые различия в лабораторных показателях. Так у пациентов с мультифокальным атеросклерозом бассейнов нижних конечностей и сосудов брюшной части аортысреднее значениеколичества тромбоцитов составило 263.500 +21,07/мл, уровня бета-липопротеидов — 53 + 7,2 ммоль/л, что было достоверно выше по сравнению с группой пациентов с изолированным атеросклерозом коронарных сосудов. Осложнения после проведенного оперативного леченияпри изолированном поражении артерий нижних конечностей наблюдались у 3 пациентов,экстракраниальных сосудов -у 5 пациентов. При сочетанном атеросклерозе нижних конечностей и брюшного отдела аорты осложнения встречались в 6 случаях, коронарных и экстракраниальных сосудов — в 2 случаях. Осложнения после операций на трех и более бассейнах артериального русла наблюдалисьу 10 больных.

Выводы:В клинической практике изолированныйатеросклероз встречалсязначительно реже, чем сочетанное поражение двух и более бассейнов. При этом, чаще всего отмечались мультифокальные поражения сосудов нижних конечностей и брюшного отдела аорты, а также экстракраниальных и коронарных сосудов. Осложнения после операций на артериальных сосудахпреимущественно наблюдались у пациентов с поражением трех и более бассейнов артериального русла. Локализация атеросклеротического поражения не имела корреляционной зависимости от показателей индекса массы тела и липидограммы, однако у пациентов с поражением сосудов нижних конечностей и брюшного отдела аорты был выявлен более выраженный тромбоцитоз по сравнению с пациентами с изолированным поражением коронарных сосудов.

0155

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Гарганеева А.А., Округин С.А., Борель К.Н., Снигирева Е.А., Малых Г.Ф.

Отделение амбулаторной и профилактической кардиологии ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Оценить в динамике уровень догоспитальной летальности (ДЛ) от острого инфаркта миокарда (ОИМ) в Томске за 27-летний период наблюдения и разработать рекомендаций по снижению данного показателя.

Материал и методы: Исследование проводилось в рамках эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» (РОИМ). Эпидемиология ОИМ изучалась среди постоянного населения города в возрасте старше 20 лет. За период с 1984 по 2010 год было зарегистрировано 24850 случаев ОИМ. В остром периоде заболевания погибло 9390 больных, в том числе 3314 (36,3%) в стационаре и 6076 (64,7%) — на догоспитальном этапе (ДЭ). Соотношение умерших мужчин и женщин за анализируемый период практически не изменилось и составило в 1984 году 68,4% и 31,6%, в 2010 году — 68,6% и 31,45% соответственно.

Результаты исследования: В 1984 году показатель ДЛ составил 21,4% (24% — среди мужчин и 17,4% — у женщин). В течение 27–летнего периода уровень ДЛ менялся незначительно, составив в 2010 году 18% (20% — в мужской популяции и 15% — в женской). Сохранился неизменным и более высоким показатель ДЛ

среди мужчин, по сравнению с аналогичным показателем у женщин. В 1984 году ДЛ среди больных моложе 60 лет была существенно выше, чем у лиц старше 60 лет (20% и 14% соответственно; p<0,05). Эта закономерность отмечена в течение всего периода исследования, и в 2010 году данное соотношение составило соответственно 25,8% и 14,3% (p<0,05). За анализируемый период среди погибших существенно возросло число лиц, страдавших артериальной гипертонией (с 41,2% до 75,4%; p<0,002) и сахарным диабетом (с 7,5% до 14,5%; p<0,05). Каждый третий-четвертый умерший перенес в прошлом ОИМ. Основное число летальных исходов (77,8%) приходилось на первые 6 часов заболевания, из них более 60% — на первые полчаса от развития события. Такое быстрое наступление летального исхода приводило к тому, что ежегодно каждый второй-третий больной или не успевал обратиться за помощью, или, успев вызвать бригаду скорой медицинской помощи, погибал до ее приезда. При этом, в подавляющем большинстве случаев, время доезда бригады скорой медицинской помощи до пациента не превышало 15 минут. Следовательно, для основной массы больных (75,7%-77,6%), погибших от ОИМ на ДЭ, существующая система медицинской помощи при ОИМ оказалась недоступной.

Заключение: Таким образом, за столь длительный период времени значительно повлиять на ДЛ при ОИМ в Томске не удалось. Все мероприятия, имеющие преимущественно организационный характер, оказались неэффективными. Более перспективными являются мероприятия связанные с обязательной и полноценной диспансеризацией пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с обязательным выявлением лиц высокого риска в отношении внезапной сердечной смерти с последующим интенсивным их лечением, а также мероприятия по повышению санитарной грамотности населения.

0156

ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПУТИ РЕШЕНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПРОБЛЕМЫ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Гарганеева Н.П.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Цель исследования: оценить значимость соматических и психосоциальных факторов риска (ФР) у больных артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) с тревожными и депрессивными расстройствами, связанными со стрессом, с позиции интегративного подхода к многофакторной профилактике.

Материал и методы: доказательная база основывается на результатах многолетней научно-исследовательской работы и взаимодействии специалистов (кардиолог/ терапевт, психиатр, психотерапевт). Выборку составили 940 больных (возраст 49,5±6,4 года) отделении пограничных состояний с АГ и ИБС, в клинической картине которых доминировали тревожные и депрессивные расстройства, обусловленные психосоциальным стрессом по шкале выраженности стрессорных факторов. Все больные обследовались в кардиологическом стационаре. В работе применен системный анализ взаимосвязи соматических и психосоциальных факторов, определяющий механизмы формирования психосоматических соотношений.

Результаты. Многофакторным анализом установлена взаимосвязь психотравмирующего события и впервые диагностированной ИБС у мужчин с прогрессирующей стенокардией (ПСН) в случаях развития нефатального острого коронарного синдрома (ПСН, инфаркт миокард) у больных с депрессивным эпизодом, перенесших массивный психосоциальный стресс (утрата близкого) за 4 месяца до выявления ИБС. Отмечено значимое нарастание частоты депрессивных расстройств в зависимости от тяжести течения стенокардии. Среди больных со стенокардией ФК II, ФК III и ПСН депрессивные расстройства встречались в 32,3%; в 48% и в 63,6% случаях соответственно при высоком уровне значимости межгрупповых различий (p=0,001). В 23,5% случаев встречался танатофобический синдром в рамках панического расстройства, что проявлялось пароксизмами страха смерти и затрудняло первичное выявление ИБС. У больных с невротическими и аффективными расстройствами АГ составила 68,4%. Методом логистической регрессии определены предикторы, включающие, наряду с известными ФР, психосоциальные факторы, обеспечивающие 75-97% прогноза при достигнутых уровнях значимости теста Hosmer and Lemeshow. У больных с депрессией значительно чаще встречались случаи ПСН (p=0,001), более тяжелого ФК (p=0,034), возрастала потребность в нитратах (p=0,001) и в количестве препаратов (p=0,001), наблюдались более низкие показатели ТФН по ВЭМ (p=0,04) и фракции выброса ЛЖ (p=0,037). Пациенты отличались высокой частотой АКС с АГ (p=0,0002), постинфарктного кардиосклероза (p=0,0001), нарушений ритма сердца (p=0,01), СД 2 типа (p=0,03), семейного анамнеза по ССЗ (p=0,002), выраженной дислипидемией (p=0,0001), чаще подвергались хирургической реваскуляризация миокарда

(p=0,0004), более чем в 2 раза чаще переносили психосоциальный стресс (p=0,0001), в 2,5 раза чаще становились инвалидами (p=0,01), более трети не имели социальной поддержки (p=0,0001) и имели низкий экономический статус (p=0,0001). Больные с тревожными и депрессивными расстройствами, перенесшие психосоциальный стресс, составляют группу высокого риска ССЗ. Психосоциальные ФР следует учитывать в комплексной оценке кардиоваскулярного риска и прогноза при едином интегративном подходе к тактике ведения, лечения и реабилитации больных АГ и ИБС.

0157

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ

[1]Гарганеева Н.П., [1]Тюкалова Л.И., [2]Розин А.И., [1]Лукьянова М.А.,[1]Рахматуллина Ю.А.

[1]ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ, [2]ФГБУ НИИПЗ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Изучить влияние депрессивных расстройств на течение ИБС, ассоциированной с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическими нарушениями углеводного и жирового обменов, для оценки эффективности комплексной терапии.

Материал и методы: на базе кардиологического стационара обследовано 376 больных ИБС, средний возраст 59,1±10,3 года, их них стабильная стенокардия ФК II диагностирована у 47,4%, ФК III у 40,2%, прогрессирующая стенокардия у 12,4%. У 68,9% больных выявлена АГ, у 40,2% сахарный диабет типа 2 (СД) или нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у 45,9% ожирение, у 42,2% дислипидемия. Методы оценки психического состояния: клинико-психопатологический, психометрические оценочные шкалы депрессии (HADS), шкала Монтгомери-Асберга (MADRS), самоопросник депрессии Бека (BDI).

Результаты. Депрессивные расстройства среди 376 больных ИБС составили 29% случаев. В группе ИБС с депрессией значительно чаще чем в группе без депрессии выявлялись факторы риска коронарного атеросклероза и метаболические нарушения углеводного и жирового обменов, в частности, по частоте АГ (75,2% и 66,3%; p=0,046), СД типа 2 и НТГ (46,8% и 37,5%; p=0,048), ожирения по ИМТ (30,7±3,9 и 29,5±4,5; p=0,015), центрального ожирения по окружности талии у женщин (100,0±10,7 и 92,0±9,6 см; p=0,02), дислипидемии (42,2% и 31,1%; p=0,04). У больных ИБС с депрессией и СД 2 типа отмечены более выраженные нарушения метаболизма липидов крови. Уровень ОХС составил 6,03±1,19 ммоль/л в сравнении с группой без депрессии 5,72±1,31 ммоль/л (p=0,033); уровень ХС-ЛПВП 0,83±0,18 ммоль/л в сравнении с группой без депрессии 0,94±0,29 ммоль/л p=0,0015); уровень ХС-ЛПНП 4,33±1,27 в сравнении с группой без депрессии 4,01±1,09 ммоль/л (p=0,018); уровень ТГ 1,94±1,09 в сравнении с группой без депрессии 1,71±0,89 ммоль/л (p=0,034). При сравнении степени тяжести депрессивных расстройств у больных ИБС с нарушениями углеводного и жирового обменов выявлены более высокие суммарные показатели по шкалам HADS (p=0,01) и BDI (p=0,02) при более низких показателя ФВ ЛЖ (p=0,04). На 4-й неделе и через 6 месяцев терапии антидепрессантами класса СИОЗС по шкалам оценки депрессии отмечено превышение на 1,5-2,5 балла (p<0,01), что указывает на более тяжелое восприятие имеющейся депрессии и ее менее выраженную положительную динамику у больных ИБС, ассоциированной с СД 2, НТГ и ДЛП.

Таким образом, установлена высокая частота сопряженности факторов сердечно-сосудистого риска и метаболических нарушений углеводного и жирового обменов у больных ИБС с депрессивными расстройствами, значительно превышающая указанные показатели в группе без депрессии. Депрессивные расстройства у больных ИБС с метаболическими нарушениями характеризовались большей тяжестью депрессий как по субъективному восприятию, так и по объективным психодиагностическим оценкам. Клинические проявления метаболических нарушений (СД типа 2, НТГ, ДЛП), выявленные у 65,1% больных ИБС с депрессией, снижают эффективность антидепрессивной терапии.

0158

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ

[1]Гарганеева Н.П., [1]Тюкалова Л.И., [2]Розин А.И., [1]Лукьянова М.А., [1]Рахматуллина Ю.А.

[1]ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ, [2]ФГБУ НИИПЗ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Изучить влияние депрессивных расстройств на течение ИБС, ассоциированной с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическими нарушениями углеводного и жирового обменов, для оценки эффективности комплексной терапии.

Материал и методы: на базе кардиологического стационара обследовано 376 больных ИБС, средний возраст 59,1±10,3 года, их них стабильная стенокардия ФК II диагностирована у 47,4%, ФК III у 40,2%, прогрессирующая стенокардия у 12,4%. У 68,9% больных выявлена АГ, у 40,2% сахарный диабет типа 2 (СД) или нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у 45,9% ожирение, у 42,2% дислипидемия. Методы оценки психического состояния: клинико-психопатологический, психометрические оценочные шкалы депрессии (HADS), шкала Монтгомери-Асберга (MADRS), самоопросник депрессии Бека (BDI).

Результаты. Депрессивные расстройства среди 376 больных ИБС составили 29% случаев. В группе ИБС с депрессией значительно чаще чем в группе без депрессии выявлялись факторы риска коронарного атеросклероза и метаболические нарушения углеводного и жирового обменов, в частности, по частоте АГ (75,2% и 66,3%; p=0,046), СД типа 2 и НТГ (46,8% и 37,5%; p=0,048), ожирения по ИМТ (30,7±3,9 и 29,5±4,5; p=0,015), центрального ожирения по окружности талии у женщин (100,0±10,7 и 92,0±9,6 см; p=0,02), дислипидемии (42,2% и 31,1%; p=0,04). У больных ИБС с депрессией и СД 2 типа отмечены более выраженные нарушения метаболизма липидов крови. Уровень ОХС составил 6,03±1,19 ммоль/л в сравнении с группой без депрессии 5,72±1,31 ммоль/л (p=0,033); уровень ХС-ЛПВП 0,83±0,18 ммоль/л в сравнении с группой без депрессии 0,94±0,29 ммоль/л p=0,0015); уровень ХС-ЛПНП 4,33±1,27 в сравнении с группой без депрессии 4,01±1,09 ммоль/л (p=0,018); уровень ТГ 1,94±1,09 в сравнении с группой без депрессии 1,71±0,89 ммоль/л (p=0,034). При сравнении степени тяжести депрессивных расстройств у больных ИБС с нарушениями углеводного и жирового обменов выявлены более высокие суммарные показатели по шкалам HADS (p=0,01) и BDI (p=0,02) при более низких показателя ФВ ЛЖ (p=0,04). На 4-й неделе и через 6 месяцев терапии антидепрессантами класса СИОЗС по шкалам оценки депрессии отмечено превышение на 1,5-2,5 балла (p<0,01), что указывает на более тяжелое восприятие имеющейся депрессии и ее менее выраженную положительную динамику у больных ИБС, ассоциированной с СД 2, НТГ и ДЛП.

Таким образом, установлена высокая частота сопряженности факторов сердечно-сосудистого риска и метаболических нарушений углеводного и жирового обменов у больных ИБС с депрессивными расстройствами, значительно превышающая указанные показатели в группе без депрессии. Депрессивные расстройства у больных ИБС с метаболическими нарушениями характеризовались большей тяжестью депрессий как по субъективному восприятию, так и по объективным психодиагностическим оценкам. Клинические проявления метаболических нарушений (СД типа 2, НТГ, ДЛП), выявленные у 65,1% больных ИБС с депрессией, снижают эффективность антидепрессивной терапии.

0159

ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ПРЕДИКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Гареева Д.Ф., Загидуллин Н.Ш., Зулькарнеев Р.Х., Батракова К.В., Чуба А.В., Щур А.В., Валиуллина А.Ф., Усатова О.С., Загидуллин Ш.З.

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии, г. Уфа, Россия

Турбулентность сердечного ритма (ТСР) — это барорефлекторно опосредованное краткосрочное колебание продолжительности интервалов R-R после желудочковых экстрасистол (ЖЭ). ТСР является предиктором

риска сердечнососудистой смерти у больных с ишемической болезнью сердца.

Цель исследования. Оптимизация диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) и внезапной коронарной смерти у больных с желудочковой экстрасистолией с помощью турбулентности сердечного ритма.

Материалы и методы. В открытом контролируемом исследовании в опытной группе было обследовано 78 пациентов с частой ЖЭ и 50 — в контроле (без ЖЭ) через 2 года при телефонном контакте оценивали сердечно-сосудистые конечные точки. Кроме того, у 8 пациентов оценивалось влияние f-ингибитора ивабрадина на ТСР. При проведении повторного Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ через 3 часа после его начала все больные принимали ивабрадин однократно в дозировке 7,5 мг.

Результаты. У пациентов с ИБС и с 2-м классом ТСР (32,0%) отмечается значительное увеличение частоты кардиоваскулярной смертности по сравнению с 1-м (12,5%) и, особенно, 0-м классом (8,0%). В данном исследовании было показано, что ивабрадин положительно действует на ТСР: показатель «начало турбулентности» после приёма ивабрадина повышается до нормы и после окончания действия ивабрадина удерживается в пределах нормальных значений.

Выводы. Таким образом, ТСР является достоверным предиктором риска сердечно-сосудистой смерти. Модель турбулентности является удобной для исследования эффективности действия препарата на желудочковую экстрасистолию и риск развития внезапной смерти.

0160

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АЛИСКИРЕН, НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С УЧЕТОМ ФЕНОМЕНА СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Гаркуша Е.С., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии, включающей прямой ингибитор ренина алискирен, на функциональное состояние почек у больных с рефрактерной артериальной гипертонией (РАГ) с учетом феномена «солечувствительности».

Материалы и методы. В исследование было включено 194 пациента с РАГ, определяемой согласно критериям ВНОК (2010г.). Средний возраст 61,3±7,8 лет. Критерии включения: 1) РАГ; 2) отсутствие вторичной АГ; 3) отсутствие сахарного диабета; 4) добровольное согласие пациента на участие в исследовании. Исходно пациентам была проведена проба на солечувствительность (по методике Харченко) и сформированы две группы: 1 группа (n=105) — «солечувствительные», 2 группа (n=91) — «соленечувствительные» больные. Пациентам обеих групп в дополнение к ингибитору АПФ (эналаприл 20 мг/сут), антагонисту кальция (амлодипин 10 мг/сут), -адреноблокатору (метопролола сукцинат 100 мг/сут), диуретику (гипотиазид 12,5 мг/сут) был назначен алискирен (Расилез, Novartis) 150-300 мг/сут. До начала терапии алискиреном и через 3,6 и 12 месяцев проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД), определение микроальбуминурии (МАУ) количественным методом, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD.

Результаты. До назначения алискирена в 1 группе среднесуточное (ср.сут.) систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД) составило 169,5±6,91 мм рт.ст. и 98,7±3,42 мм рт.ст., во 2 группе — 164,9±5,7 мм рт.ст. и 95,8±2,85 мм рт.ст. соответственно. Через 3 месяца лечения и последующего до 12 месяцев наблюдения отмечалось достоверное ($p<0,05$) снижение ср.сут.САД и ДАД в обеих группах: в 1 группе — до 129,5±5,73 и 77,2±5,42 мм рт.ст., во 2 группе — 127,8±4,7 и 75,8±4,63 мм рт.ст. соответственно. Достижение целевых уровней АД регистрировалось чаще у «соленечувствительных», чем у «солечувствительных»: у 82,4% против 72,4% пациентов ($p<0,05$).

До назначения алискирена СКФ в 1 группе составляла 73,7±21,4 мл/мин/1,73м2, МАУ — 51,4±8,2 мг/сут., СКФ во 2 группе — 71,9±23,2 мл/мин/1,73м2, МАУ — 51,7±7,6 мг/сут.. На фоне лечения в 1 группе отмечалось достоверное ($p<0,05$) увеличение СКФ до 101,2±13,7 мл/мин/1,73м2 и снижение МАУ до 31,3±4,05 мг/сут.. Во 2 группе комбинированная терапия способствовала статистически значимому ($p<0,05$) увеличению СКФ до 103,1±12,5 мл/мин/1,73м2 и уменьшению МАУ до 30,7±4,1 мг/сут..

Таким образом, применение алискирена в составе комбинированной антигипертензивной терапии у па-

циентов с РАГ обеспечивало достоверное снижение ср.сут.САД и ДАД. Достижение целевых значений АД на фоне применения алискирена значимо чаще имело место у «соленечувствительных» больных. Нефропротективный эффект комбинированной терапии, включавшей алискирен, не зависел от категории пациентов («солечувствительные» или «соленечувствительные») с РАГ.

0161

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ

Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А., Соколов И.М., Конобеева Е.В., Коньшина Л.Е.

ГБОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В. И. Разумовского Минздрав России, Саратов, Россия

Цель: изучить влияние диетотерапии на уровень холестерина (ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП и триглицеридов (ТГ) и приверженность к соблюдению рекомендаций по антиатерогенному питанию при дислипидемии.

Методы: исследуемая группа включала 146 человек обоего пола в возрасте от 32 до 56 лет, в том числе 68 мужчин (32-52 лет) и 78 женщин (50-56 лет). Все участники наблюдения относились к группе низкого риска по шкале Score. Уровень ХС составлял 6.4 — 7.0, ЛПНП 3.7 — 4.1, ЛПВП 0.8 — 1.0, ТГ 1.4 — 3.0. Индекс массы тела находился в пределах 24 — 31. Всей группе исследования была назначена антиатерогенная диета с подробным объяснением основных позиций.

Результаты: в течение месяца участники наблюдения соблюдали антиатерогенную диету, в конце месяца была проведена оценка показателей липидного спектра. По результатам анализов проведено разделение на 2 группы со значительным (8-20% от исходного) и незначительным (до 8 % от исходного) изменением показателей. В первой группе из 78 человек (из них 38 мужчин и 40 женщин) наблюдалось следующее распределение значений: у 55 % наблюдалось снижение ХС на 15 — 17%, у у 35 % снижение ЛПНП на 9-13%, у 66 % снижение ТГ на 18-20%, у 23% повышение ЛПВП на 9 %. Во второй группе из 68 человек (30 мужчин и 38 женщин) аналогично были получены результаты: у 45 % снижение ХС менее 7%, у 65 % снижение ЛПНП менее 6%, у 34% снижение ТГ менее 15 %, повышение ЛПВП менее 2%. ИМТ снизился от 2 до 7 % от исходного. Довольны своим новым режимом питания было 20% исследуемых (12% — женщины, 8% — мужчины). Через 2 месяца пациенты были вновь приглашены на визит, однако, 76 % честно признались, что вернулись к прежнему рациону и соблюдают только некоторые аспекты диеты. У оставшихся 14% при исследовании крови наблюдалась прежняя тенденция со значительной и незначительной динамикой.

Выводы: изменение образа жизни, особенно пристрастий в питании представляет очень сложную задачу для врача и пациента. Диета оказывает различное влияние на показатели липидного спектра у разных пациентов, в связи с чем необходим испытательный период для определения целесообразности соблюдения диетических рекомендаций в полном объёме. Учитывая, что в данном исследовании пациенты не принимали гиполипидемическую терапию нельзя сопоставить приверженность к медикаментозной и немедикаментозной коррекции дислипидпротеидемии. Однако, настойчивый уклон врачей на изменения режима питания зачастую не воспринимается пациентами, поэтому необходимо большее внимание назначению гиполипидемических препаратов, что несравненно сильнее влияет на уровень липидного профиля.

0162

РОЛЬ VNTR ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ D4 И DAT В ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ — КАК ФАКТОРА РИСКА ССЗ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ Г. НОВОСИБИРСКА (ПРОГРАММА ВОЗ MONICA-MOPSY)

В.В. Гафаров[1,2], Е.А. Громова[1,2], В.Н. Максимов[2,3], Н.С. Юдин[3], Т.М. Мишакова[3], И.В. Гагулин[1,2], М.И. Воевода[2,3]

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[1]; ФГБУ НИИ терапии СО РАМН[2], ИЦиГ СО РАН[3], г. Новосибирск

Цель: изучить связи VNTR полиморфизма генов D4 и DAT с личностной тревожностью (ЛТ) и определить риск

возникновения сердечно — сосудистых заболеваний (ССЗ) в течение 24 лет в популяции мужчин 25-64 лет.

Материалы и методы: в рамках программы WHO MONICA- MOPSY обследована репрезентативная выборка мужчин 25-64 лет (1984, 1988, 1994 гг.). Период наблюдения составил — 24 лет. Исходами считались впервые возникшие случаи артериальной гипертензии (АГ), инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта. ЛТ оценивали с использованием теста Спилбергера. Генотипирование изучаемых VNTR полиморфизмов генов DRD4, DAT, проводилось в лаборатории молекулярно-генетических исследований НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «SPSS-11,5».

Результаты: с высоким уровнем тревожности (ВУТ) достоверно ассоциирован VNTR полиморфизм 4/6 гена DRD4 и 9/9 гена DAT. У мужчин с ВУТ риск ССЗ наиболее высок через 5 лет: АГ — в 6,8 раз, ИМ — в 2,5 раза и инсульта — в 6,4 раза. В течение 10 лет риск ССЗ был в 3-5 раз выше. Через 15 лет риск ССЗ был выше в среднем в 3 раза. Через 20 и 24 лет от начала скрининга наблюдалась тенденция увеличения ССЗ риска у мужчин с ВУТ.

Заключение: в открытой популяции мужчин 25-64 лет ЛТ ассоциирована с полиморфизмами генов DRD4, DAT, ВУТ повышает риск ССЗ.

0163

ИНФАРКТ МИОКАРДА: 33-ЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ, ЛЕТАЛЬНОСТИ В РОССИИ (ПРОГРАММЫ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «MONICA»)

Гафаров В.В., Гафарова А.В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск

Цель: изучить 33-летние (1977–2009) тренды и детерминанты заболеваемости, смертности и летальности от инфаркта миокарда (ИМ) в России.

Методы: Были проанализированы данные исследовательских программ ВОЗ («Регистр Острого Инфаркта Миокарда» и «MONICA») в трех районах г.Новосибирска.

Результаты: Заболеваемость ИМ в популяции 25–64 лет в россии оказалось самой высокой в мире. Частоты заболеваемости оставались стабильными за весь период наблюдения, за исключением 1988, 1994, 1998 (увеличение), 2002–2004 и 2006 (снижение). Динамика смертности и летальности схожа с заболеваемостью, за исключением 1977–1978 (снижение) и 2002–2005 (увеличение). Догоспитальная смертность и летальность значительно превышали госпитальную летальность. Летальные исходы при ИМ превышали смертность от злоупотребления алкоголем в 2-3 раза. Снижение смертности и летальности в период, когда заболеваемость оставалась неизменной, указывает на улучшение качества оказания помощи; увеличение смертности и летальности в период снижения заболеваемости показывает ухудшение медицинской помощи кардиологическим пациентам. Никаких изменений в поведенческих и соматических факторах риска не были выявлены в течение 1977–2009 гг. Было зафиксировано значительное увеличение уровней психосоциальных факторов риска.

Заключение: Частоты заболеваемости, смертности и летальности от ИМ являются маркерами увеличения социального стресса в популяции. Смертность от ИМ — основная составляющая увеличения смертности в России.

0164

РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МЕГАПОЛИСА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОГРАММА ВОЗ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск

Цель: Изучить влияние депрессии (Д) на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) в женской популяции 25-64 лет в течение 16 лет в Сибири.

Материал и методы: В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Д была изучена с помощью анкеты «MONICA -MOPSY». В исследование были включены только нормотензивные лица, за которыми в течение 16-летнего периода (1995-2010гг) велось наблюдение: были зарегистрированы все впервые возникшие случаи АГ (обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти). Для оценки относительного риска (ОР) возникновения АГ использовалась Кокс регрессионная модель. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2.

Результаты: Д в наблюдаемой когорте встречалась у 55,2% женщин. У 59,6% женщин в течение периода наблюдения развилась АГ.

ОР развития АГ у женщин с Д в течение первых 5 лет был в 1,6 раз выше, в сравнении с лицами без Д (95,0%ДИ 0,86- 2,98; p ‹0.05). Тенденция более высокого риска АГ отмечалась во всех возрастных группах, но значимый риск получен в старшей возрастной группе 55-64 лет с Д (ОР=1,86; 95%ДИ=0,44- 7,8; p<0,05). ОР АГ у лиц с Д в течение 10 лет наблюдения составил 1,74 (95,0%ДИ: 1,01- 3,01; p<0,05) без значимых различий в возрастных группах. Не получено увеличение риска АГ у женщин с Д в течение 16 лет (ОР=0,99; 95%ДИ: 0,67- 1,47; p›0,05).

Наблюдались тенденции в увеличении частоты развития АГ в группе замужних женщин с Д в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами с Д. У женщин с неоконченным высшим образованием с Д частота АГ имела тенденцию увеличиваться, в сравнении с таковым или более низким образованием у лиц без Д. В отношении профессиональных групп определено, что у руководителей с Д (χ^2=4,380 df =1 p<0,05) и женщин, занятых легким физическим трудом с Д (χ^2=4,606 df=1 p<0,05), чаще развивалась АГ в сравнении с военнослужащими с Д.

Заключение: В открытой популяции среди женщин 25-64 лет высокая распространённость Д — 55,2%. В течение 5- и 10-летнего периода наблюдения когорты женщины с Д имеют более высокий риск АГ, чем без Д, особенно в старшей возрастной группе. Частота развития АГ выше среди замужних женщин с неоконченным высшим образованием с Д, занятых в профессиональных категориях «руководитель» и «физический труд».

0165

СПОСОБ ОЦЕНКИ РИСКА СМЕРТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (ИССЛЕДОВАНИЕ «ЛИС»)

Гинзбург М.Л., Марцевич С.Ю., Деев А.Д., Кутишенко Н.П., Фокина А.В., Даниэльс Е.В.

ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России, Москва

Цель: оценить прогностическую ценность ряда клинических и лабораторных параметров у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ)

Материалы и методы: Проанализированы записи историй болезни 961 пациентов, вошедших в регистр пациентов с ИМ, проходивших лечение в кардиологических отделениях Люберецкого района Московской области в 2005-2007гг и выписанных для амбулаторного наблюдения. Медиана наблюдения составила 1,6 лет (1,0; 2,4), первичной конечной точкой была общая смертность. Для вычисления прогностически значимых факторов выполнен пошаговый многофакторный анализ методом логистической регрессии, изучаемые факторы включались в анализ в дискретном виде, частота развития неблагоприятного исхода между группами сравнивалась путем расчета отношения рисков (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты: выделены 15 переменных (значения p = 0,1-0,001), которые были распределены в 4 группы: 4 параметра ЭКГ покоя: ЧСС›77 в мин$^{-1}$ — для мужчин или ЧСС›80 в мин$^{-1}$ — для женщин, наличие признаков гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), наличие изменений ST-T и наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса; 4 параметра лекарственного анамнеза: прием до развития ИМ бета-блокаторов/ ингибиторов АПФ/ антагонистов кальция, прием антиагрегантов во время госпитализации; 4 анамнестических параметра: ИМ в анамнезе, осложненное течение ИМ, наличие сахарного диабета, низкий социально-экономический статус; 3 клинико-лабораторных параметра: повышение СОЭ (›15 мм/ч для мужчин и ›21 мм/ч для женщин), измененный калий (5,3‹K^+‹3,5 ммоль/л), пульс в положении сидя ›90 уд. мин$^{-1}$ во время физикального осмо-

тра. Хотя прогностическое значение выбранных переменных отличалось, β-коэффициенты были сходными и составили 0,35-0,60 при σ =0,15-0,30. Наличие любого параметра оценивали в 1 балл, параметры, связанные с лекарственной терапией, улучшали отдаленный прогноз, остальные — увеличивали риск смерти. Формула для вычисления риска смерти (ЛИС-индекс) получила следующий вид: ЛИС-индекс = (Σsum ЭКГ покоя) + (Σsum анамнез) + (Σsum клинико-лабораторные показатели) — (Σsum лекарственный анамнез).

Риск смерти в отдаленном периоде после введения бальной оценки расценивался как очень низкий при ЛИС-индексе менее или равным 1 баллу (ОР=1.0), как низкий — при ЛИС-индексе 2 балла (ОР=2,14(-ДИ 1,26; 3,64)), как средний — при ЛИС-индексе 3 балла (ОР=3.46 (ДИ 2,09; 7,73)), как высокий — при ЛИС-индексе 4-5 балла (ОР=4.98 (ДИ 3.14,7.88)) и как очень высокий при ЛИС-индексе 6 и более баллов (ОР=9.78 (ДИ 5,67; 16,89)).

Заключение: интегральный прогностический ЛИС-индекс, учитывающий доступные анамнестические, клинические и лабораторные признаки, а также данные о реально получаемой лекарственной терапии, позволяет после выписки из стационара оценивать вероятность смерти и стратифицировать больных на группы риска. ЛИС-индекс может быть использован для решения о выборе тактики ведения у пациентов с высоким и очень высоким риском смерти.

0166

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ НИЗКОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Глухов Е.А., Баратова К.Ю., Рузанов И.С., Шитиков И.В., Олейник А.О.

ФГБУ «СарНИИК» Минздрава РФ, Саратов, Россия

Цель: оценить непосредственную и отдаленную клиническую эффективность реканализации хронических окклюзий коронарных артерий (ХОКА) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), сравнительно с тактикой консервативного лечения.

Методы исследования: включено 45 больных ИБС с выявленным при коронарографии поражением в виде ХОКА. Мужчин 34, женщин 11. Средний возраст 56±7 лет. Все пациенты в анамнезе перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда в бассейне окклюзированной артерии, получали стандартную антиангинальную терапию и имели клиническую симптоматику стенокардии 1-3 функционального класса (ФК), выявленную при клиническом обследовании и по данным нагрузочных ЭКГ-проб. По результатам ЭХО-КГ, ФВ ЛЖ составила от 30 до 40% (34±2,5%). У всех имелись очаги гипо- и акинезии в бассейне окклюзированной артерии. В зависимости от тактики лечения выделено 2 группы пациентов. В группу 1 вошло 25 больных, которым была выполнена попытка реканализации ХОКА. К группе 2 отнесены 20 больных, остававшихся на консервативном лечении.

Полученные результаты: В группе 1 ангиографический успех достигнут у 22 больных. У 11 пациентов с мультифокальным поражением выполнена полная анатомическая или неполная анатомическая, но функционально адекватная реваскуляризация. Непосредственный клинический успех достигнут у всех 22 больных. Отсутствие клинических симптомов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда отмечено у 14, снижение ФК стенокардии на 2 при сохранении объективных признаков ишемии миокарда –у 8. В отдаленном периоде (через 12 месяцев) клинический успех (сохранение достигнутых клинических результатов) отмечен у 18 пациентов из 22 (81%). Инфаркт миокарда –1, возврат клиники стенокардии –1, повышение ФК стенокардии –1. Отмечено повышение ФВ ЛЖ до 39±2%. У 8 из 14 пациентов (57,1%) отмечено уменьшение зон гипокинезии в бассейне ХОКА. У 4 больных с акинезией изменений локальной сократимости не было.

В группе 2 в отдаленном периоде сохранение достигнутых клинических результатов отмечено у 17 больных (85%). Инфаркт миокарда –1, нестабильная стенокардия –1, повышение ФК стенокардии –1. ФВ ЛЖ составила 35±3%. Изменений локальной сократимости не отмечено (акинезия –5, гипокинезия –12).

Выводы: Реканализация ХОКА при низкой ФВ ЛЖ позволяет улучшить клиническое состояние пациентов, как в непосредственном, так и в отдаленном периоде, а также улучшить глобальную и локальную сократимость миокарда, однако не снижает частоты больших кардиальных событий.

0167

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Голикова А.А., Стрюк Р.И., Сергиенко И.В., Кожуховская О.Л., Голиков А.П.

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И.Евдокимова» Минздравсоцразвития России, кафедра внутренних болезней; ФГБУ «УНМЦ» Президента РФ, кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии, Москва, Россия

Цель исследования: Провести сравнительный анализ, изучив особенности клинических проявлений и функционального состояния миокарда у больных повторным инфарктом миокарда (ИМ) с сахарным диабетом (СД) и у больных повторным ИМ без СД пожилого и старческого возраста в остром периоде заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 85 больных (57 мужчин и 28 женщин) повторным крупноочаговым и трансмуральным инфарктом миокарда (ПИМ). Больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 36 больных ПИМ с СД (22 мужчины и 14 женщин), вторую — 31 больной (22 мужчины и 9 женщин) ПИМ с гипергликемией (ГГ) в остром периоде инфаркта миокарда без СД, третью — 18 больных (13 мужчин и 5 женщин) ПИМ с нормогликемией (НГ) в остром периоде ИМ без СД. Медиана возраста у больных 1, 2 ,3 групп составила 79,0 (76,0; 83,0); 78,0 (68,0; 82,0); 81,0 (73,0; 87,0) лет. Содержание глюкозы в плазме венозной крови при поступлении у больных 1, 2, 3 групп составило: 10,6 (7,2; 18,4); 8,4 (8,0; 10,1); 6,1 (5,7; 6,6) ммоль/л соответственно. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным Эхо КГ. Сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни и точного двустороннего критерия Фишера.

Результаты: У больных трех обследованных групп не выявлено статистически значимых различий в частоте развития ангинозной и атипичной форм ИМ, что составило 83% vs.68% vs.78%. В анамнезе у больных ПИМ с СД статистически значимо чаще, чем у больных 2 и 3 групп выявлялась симптоматическая артериальная гипертония и хронический пиелонефрит. В структуре осложнений острого периода ИМ фибрилляция предсердий в 3 раза чаще выявлялась у больных 2 группы по сравнению с 1 группой и в 6 раз чаще по сравнению с 3 группой. У больных трех групп не выявлено статистически значимых различий в частоте жизнеугрожающих осложнений: острой сердечной недостаточности (Killip class III-IV), остро возникшей аневризмы левого желудочка (ЛЖ), разрыва миокарда ЛЖ, фибрилляции желудочков. По данным Эхо КГ у больных 3 групп не выявлено существенных различий в размерах камер сердца. У больных трех групп отмечена умеренная гипертрофия ЛЖ в 67% vs.68% vs.67% случаев; выявлено снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ, что составило 40,0 (35,0; 49,0); 35,0 (28,0; 43,0); 45,0 (30,0; 45,0) %, соответственно. Более низкие показатели величины ФВ у больных ПИМ с ГГ по сравнению с ФВ у больных ПИМ с СД и ПИМ с НГ, по-видимому, обусловлены более частым наличием зон акинезии у этой группы больных, что составило: 31% vs.61% vs.28%, p1-2=0,02; p2-3=0,04.

Выводы: У больных трех обследованных групп не установлено статистически значимых различий в частоте жизнеугрожающих осложнений острого периода ИМ. В группе больных пожилого и старческого возраста с гипергликемией острый период ПИМ сопровождался более выраженным снижением систолической функции ЛЖ на фоне преобладания нарушения локальной сократимости по типу акинезии.

0168

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Голованова Е. Д., Ковалев Д. Ю., Токмаков Р. П.

ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздрава России

Цель: изучить распространенность изменений миокарда и сетчатки у пациентов мужского пола в зрелом, пожилом и старческом возрасте с нормальным АД и артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: обследовано 308 пациентов мужского пола в возрасте от 35 до 98 лет с АГ 1-3 степени и изолированной систолической АГ. Контрольную группу составили 148 пациентов в аналогичном возрастном диапазоне с АД ≤ 140/90 мм.рт.ст. Для диагностики АГ использовали Рекомендации 2007 ESN /

ESC. Бессимптомное поражение миокарда — гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) определялась по ЭКГ — критерию (индекс Соколова — Лайона ≥38 мм) и эхокардиографическому критерию (значения индекса массы миокарда левого желудочка ≥ 125 г/м^2). Гипертоническая ретинопатия оценивалась по классификации Keith, Wagener и Barker.

Результаты: у пациентов зрелого возраста с нормальным АД частота встречаемости ГЛЖ была достаточно высока — 35,5%. Дальнейшее обследование этих пациентов показало, что у 30% из них имелся отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, а у оставшихся 70% диагностировано «высокое нормальное» АД. У пожилых с нормальным АД ГЛЖ встречалась в 88,2% случаев, а ретинопатия — в 20,6%. Частота распространенности ГЛЖ и ретинопатии у лиц старческого возраста и долгожителей контрольной группы составила соответственно 71,1% и 11,5%, ($p< 0,05$ по сравнению с пожилыми). Следует отметить, что только 11,8% нормотоников в пожилом возрасте не имели признаков поражения органов-мишеней, в то время как у пациентов старческого возраста и долгожителей их количество было почти в 2 раза выше — 21,2%, ($p<0,05$, соответственно). Анализ распространенности поражения органов-мишеней у пациентов с АГ показал высокую частоту распространения ГЛЖ и ретинопатии в зрелом возрасте — 84,8%. У лиц старших возрастных групп с АГ в 100% обнаруживались поражения органов-мишеней. ГЛЖ у пациентов пожилого и старческого возраста рассматривается как независимый фактор риска, связанный с высоким пульсовым давлением и его негативным воздействием на миокард. Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на резкое увеличение частоты распространенности ГЛЖ с возрастом, у долгожителей с изолированной систолической АГ, возникшей после 60 лет на 54% ниже частота встречаемости ретинопатии, по сравнению с пожилыми гипертониками, имевшими систоло-диастолическую форму АГ.

Выводы: прогноз для жизни у больных с АГ во многом зависит от вовлеченности в патологический процесс органов-мишеней, выраженности их морфологических изменений, что следует учитывать при коррекции АГ у пациентов различных возрастных групп.

0169

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Головенкин С. Е., Шульман В. А., Матюшин Г.В., Радионов В.В.

Красноярский Государственный медицинский университет, Красноярск, Россия

Желудочковая тахикардия(ЖТ) и фибрилляция желудочков(ФЖ) — наиболее тяжелые желудочковые аритмии(ЖА), осложняющие течение острого инфаркта миокарда(ОИМ). Важнейшим фактором, препятствующим возникновению ЖА, является адекватная и своевременная лекарственная терапия заболевания. Лекарственная терапия ОИМ за последние 20 лет претерпела серьезные изменения. В связи с чем, мы поставили перед собой цель — проанализировать частоту возникновения ФЖ и ЖТ в остром периоде ОИМ за двадцатилетний период по материалам кардиологического центра городской клинической больницы № 20(ГКБ № 20) г. Красноярска.

Материал и методы. Для достижения цели исследования были проанализированы истории болезни пациентов ОИМ, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГКБ № 20 г.Красноярска в 1989, 1993, 1998, 2003, 2008гг. Всего 2835 больных ОИМ.

Результаты. ЖТ была выявлена у 52 (1,8%) пациентов из 2835 больных ИМ. В 1989 году ЖТ была зарегистрирована у 9 пациентов (2,0 %), в 1993 году — у 9 пациентов (1,9%), в 1998 году — у 13 пациентов (1,9%), в 2003 году — 9 пациента (1,6%), в 2008 году — 12 пациентов (1,6 %).

ФЖ зарегистрирована у 126 (4,4 %) из 2835 больных ИМ. В 1989 году ФЖ была зарегистрирована у 32 пациентов (7,2%), в 1993 году — у 31 пациента (6,5%), в 1998 году — у 25 пациентов (3,8 %), в 2003 году — у 21 пациента (3,9%), в 2008 году — у 20 пациентов (2,7%).

Как видно из представленных данных за анализируемый период времени частота ФЖ достоверно снизилась с 7,2% в 1989г. до 2,7% в 2008г ($P<0,01$). В то же время частота возникновения ЖТ за этот же период времени практически не изменилась.

Уменьшение частоты ФЖ в 2008 году по сравнению с предыдущим периодом времени можно связать с более частым назначением в 2008 году β-адреноблокаторов и ТЛТ. Так частота назначения β-адреноблокаторов увеличилась с 49,2% в 1989г. до 86,0% в 2008 г. ($P<0,001$), причем частота назначения такого липофильного

β-адреноблокатора как метопролол увеличилась в остром периоде заболевания с 0% в 1989 году до 43,02% в остром и до 62,4% в подостром периоде соответственно. Аналогичная ситуация наблюдалась с ТЛТ. Частота ТЛТ в 1989 году — 0,0%, в 2008 году- 26,9% (P<0,001).

Заключение. За исследуемый период времени (1989-2008гг.) частота возникновения ЖА достоверно снизилась. Это связано с достоверным снижением частоты возникновения ФЖ, в то время как частота ЖТ за эти годы практически не изменилась. Уменьшение частоты ФЖ на наш взгляд связано с ежегодным ростом частоты назначения липофильных β-адреноблокаторов и тромболитической терапии.

0170

ВЛИЯНИЕ «ВИТАЛАРИКС КАРДИО» НА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС

Гольберг Я.С., г. Барнаул

Известно, что дисбаланс между оксидантами и антиоксидантами — основа патогенеза многих заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых. Цель: изучение влияния «ВИТАЛАРИКС КАРДИО» на оксидантно-антиоксидантный статус.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Новосибирского областного кардиологического диспансера. Обследовано 44 пациента (среди них было 77% женщин и 23% мужчин, средний возраст составил 58,7±5,6 лет) с артериальной гипертензией. Проведено исследование уровня липидов и липопротеидов. Иммуно-биохимическими методами изучали антиоксидантный (активность фермента каталазы Catalase Assay Kit производства Cayman, общей антиоксидантной способности (ОАОС) — микропланшетным колориметрическим тестом Labor Diagnostika Nord GmbH&Co, KG Nordhom, Germany) и оксидантный статус (реактивные вещества тиобарбитуровой кислоты — малоновый диальдегид (МДА фотометрическим методом реагентами ZeptoMetrix, США). Пациенты были разделены на 2 группы: первая (основная) группа (получали «Виталарикс кардио» по 1 капсуле 3 раза в день (30 мг дигидрокверцетина) и контрольная (плацебо 1 капсула 3 раза в день). Проводился сравнительный анализ клинических проявлений, показателей лабораторных исследований исходно и через 60 дней.

Результаты. В динамике у пациентов наметилась тенденция к снижению артериального давления в основной группе. Выявлено снижение уровня тиобарбитуратреактивных продуктов (МДА) (с 9,15±3,2 до 7,86±1,9 мкМ/л) в 1-ой группе в результате приема «Виталарикс кардио» по сравнению с группой контроля (плацебо) (исходно 8,95±4,7, через 60 дней — 8,26± 3,9 мкМ/л). Таким образом, снижение уровня продукта перекисного окисления липидов — МДА составило 16,8% за 2 месяца лечения «Виталарикс кардио». Также обнаружено достоверное повышение индикаторов антиоксидантного профиля — общей антиоксидантной способности (с 1,68±0,15 до 1,91±0,05 ммоль/л) в 1-ой группе по сравнению с контролем (исходно 1,35±0,09, через 60 дней — 1,36±0,07 ммоль/л). Прирост уровня общей антиоксидантной активности составил 17,3% по сравнению с плацебо (контрольная группа). При этом зарегистрировано увеличение активности одного из ведущих антиоксидантных ферментов — каталазы (с 171,9±32,7 до 193,4±31,1 ед/мг Hb) по сравнению с контролем (исходно 189,8 ± 21,3, через 60 дней — 189,5±29,8 ед/мг Hb). Прирост составил 11,6% по сравнению с контролем (плацебо).

Выводы. Таким образом, курс «Виталарикс кардио» в дозе 1 капсула 3 раза в день (30 мг дигидрокверцетина) в течение 60 дней способствует уменьшению клинических проявлений (снижению систолического артериального давления). Также повышается ОАОС и активность каталазы, снижается уровень МДА. Эффект, по-видимому, обусловлен нормализацией в системе оксидативного стресса и антиоксидантной защиты на клеточном и мембранном уровнях под действием дигидрокверцетина.

0171

КАРДИОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА МОДЕЛИ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА

Горбунов А.С., ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы. Сопоставить несколько моделей ишемического посткондиционирования и оценить их кардиопротекторный эффект.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на изолированных сердцах крыс-самцов линии Вистар массой 250 – 300 г, наркотизированных этиловым эфиром. После извлечения сердца из грудной клетки его быстро переносили в ванночку с охлажденным до 4о С раствором Кребса-Хензелайта до прекращения спонтанных сокращений. Затем в восходящую дугу аорты вводили канюлю, через которую выполняли ретроградную перфузию сердца раствором Кребса-Хензелайта по методу Лангендорфа. Для приготовления оксигенированного перфузионного раствора (37оС, pH 7.4), содержащего (в мМ): NaCl — 120; KCl — 4.8; CaCl2 — 2.0; MgSO4 — 1.2; KH2PO4 — 1.2; NaHCO3 — 20.0; глюкоза — 10.0.

В контрольной серии по окончании 20-минутной адаптации сердца к условиям нормоксической перфузии его подвергали 45-минутной тотальной ишемии и 30-минутной реперфузии. Степень некротического повреждения кардиомиоцитов оценивали по уровню креатинфосфокиназы (КФК) в перфузате, оттекающем от сердца за весь период реперфузии. Активность последней определяли с помощью энзиматических наборов CK-NAc компании Biocon Diagnostik (Vohl/Marienhagen, Германия) и пересчитывали на 1 г. ткани сердца. Использовали следующие протоколы посткондиционирования: (1) три сеанса реперфузии (10 с) и ишемии (10 с), цикл — 20 с; (2) шесть циклов реперфузии (10 с) и ишемии (10 с), цикл — 20 с; (3) три сеанса реперфузии (20 с) и ишемии (20 с), цикл — 40 с; (4) шесть циклов реперфузии (20 с) и ишемии (20 с), цикл — 40 с; (5) три сеанса реперфузии (30 с) и ишемии (30 с), цикл — 60 с. Данные обрабатывали статистически, используя критерий Манна-Уитни.

Результаты. Три сеанса реперфузии (10 с) и ишемии (10 с) не оказывали, по сравнению с контролем (ишемия и реперфузия без посткондиционирования), достоверного влияния на уровень КФК в перфузате, оттекающем от сердца. Не удалось добиться повышения толерантности сердца к патогенному действию реперфузии и с помощью шести циклов реперфузии и ишемии (РИ) продолжительностью по 20 с. Посткондиционирование с помощью трёх циклов РИ по 40с вызывало снижение уровня КФК в перфузате на 19% по сравнению с контролем. При использовании шести сеансов РИ продолжительностью по 40с удалось добиться снижения уровня КФК на 29% по отношению к группе контроля. Максимальный кардиопротекторный эффект посткондиционирования был зафиксирован при использовании трёх циклов реперфузии-ишемии по 60с. В этом случае уровень КФК в перфузате был на 32% ниже, чем в контроле.

Выводы. Таким образом, согласно нашим данным, повышения толерантности сердца к реперфузионным повреждениям удаётся добиться только с помощью нескольких циклов реперфузии-ишемии продолжительностью по 40 — 60 с. Можно предположить, что существует пороговая по продолжительности РИ, которая индуцирует сигнальный механизм посткондиционирования. Указанный порог представляет цикл реперфузии-ишемии продолжительностью менее 40 с, но более 20 с.

0172

СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Городецкая Е.В., Скибицкий В.В., Кудряшов Е.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Быстрое достижение целевого уровня артериального давления (АД) у больных с сочетанной патологией может снизить риск осложнений, повысить приверженность пациентов к назначенной терапии, сократить сроки пребывания в стационаре и периоды временной нетрудоспособности, что, безусловно, влечет за собой экономические выгоды.

Цель исследования — сравнить скорость достижения целевого уровня АД у пациентов с сочетанной патологией при различных вариантах антигипертензивной терапии, основанной на блокаторах ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Материал и методы исследования. В исследование включено 195 пациентов обоего пола (95 мужчин и 100 женщин, средний возраст 57,2+5,7 лет), с сочетанием гипертонической болезни и стабильной ИБС, рандомизированных в 2 группы. Группа 1 (n=97) получала комбинацию зофеноприл 30 мг/сут + метопролол сукцинат 50 мг + гидрохлоротиазид 12,5 мг, группа 2 (n=98) — вальсартан 160 мг/сут + метопролол сукцинат 50 мг + гидрохлоротиазид 12,5 мг. АД измерялось исходно, через 3 дня, 1, 2, 4, 6 и 8 недель соответствующей терапии. Эффективность терапии оценивали по достижению уровня АД ‹140/90 мм Hg. Из исследования исключались больные с нестабильной стенокардией, перенесенным ранее инфарктом миокарда, инсультом, сложными нарушениями ритма сердца, сахарным диабетом, вторичной АГ.

Результаты. Исходно между группами отсутствовали различия по уровню АД. Через 3 дня целевой уровень

АД достигли 8,2% и 5,1% больных, через 1 неделю — 20,6% и 11,2%, через 2 недели 45,3% и 24,5% (p<0,05), через 4 недели — 67,0% и 42,9% (p<0,05), через 6 недель — 74,2% и 61,2%, через 8 недель терапии — 83,5% и 87,8% больных 1 и 2 групп, соответственно. После 8 недель комбинированной антигипертензивной терапии в 1 и 2 группах не достигли целевого уровня АД 16 (16,5%) и 12 (12,2%) пациентов соответственно. Из выбывших из исследования 16 пациентов 1 группы большинство — 10 (62,5%) составляли женщины, из 12 больных 2 группы — мужчин 7 (58,3%), женщин — 5 (41,7%), что позволяет говорить о возможно большей эффективности терапии на основе ингибитора АПФ зофеноприла у мужчин.

Выводы. Достижение целевого уровня АД наступало быстрее у пациентов, получавших терапию, основанную на зофеноприле 30 мг/сут, чем у больных, принимавших вальсартан 160 мг/сут. К окончанию 1 месяца комбинированного лечения целевое АД достигнуто у 67,1% больных 1-й группы и у 42,9% пациентов 2-й группы. У последних большинство больных с целевым АД зарегистрировано только на 6 неделе лечения. Быстрота наступления антигипертензивного эффекта, вероятно, обусловлена особенностями фармакокинетики ингибитора АПФ зофеноприла (высокая липофильность) и двухразовым приемом препарата. Через 2 месяца комбинированной антигипертензивной терапии целевое АД регистрировалось у 83,5% пациентов 1 группы и у 87,8% — 2-й группы.

0173

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Гречишкина О.А., Мельникова Л.В., Бартош Л.Ф.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пенза, Россия

Цель: изучение кардиогемодинамики у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени в зависимости от типа ремоделирования общих сонных артерий (ОСА) при применении ингибитора АПФ фозиноприла в дозе 10-20 мг в течение 6 месяцев.

Материалы и методы: Исследование ОСА, эхокардиография проводились ультразвуковой системой Vivid 7 Dimension, суточное мониторирование артериального давления прибором BPLab МнСДП-2. Всего обследовано 87 человек с АГ 1-2 ст. (52% женщин, 48% мужчин), которые методом кластерного анализа были разделены на 3 группы, достоверно различающиеся между собой. В качестве группирующих признаков использовались толщина КИМ, диаметр и относительная толщина стенки (ОТС) ОСА. Группа 1 — с концентрическим эукинетическим ремоделированием (КЭР); группа 2 — с эксцентрическим эукинетическим ремоделированием (ЭЭР); группа 3 — с эксцентрическим гипертрофическим ремоделированием (ЭГР). При обследовании пациентов с АГ во всех случаях наблюдалось достоверное утолщение стенки ОСА по сравнению со здоровыми лицами. В первых двух группах ТИМ оставалась в пределах нормальных значений (менее 0,9 мм). В группе 1 отмечалось увеличение ТИМ за счет внутреннего диаметра артерии, в результате чего наблюдалось уменьшение диаметра по сравнению с нормой. В группе 2 — внутренний диаметр артерии был расширен, толщина стенки увеличена в меньшей степени, чем у предыдущего типа, поэтому ОТС ОСА уменьшилась. В группе 3 — на фоне увеличения и наружного и внутреннего диаметра артерии наблюдалась значительная гипертрофия стенки и возрастание ОТС ОСА. При изучении центральной гемодинамики: при КЭР ОСА чаще всего наблюдался эукинетический тип, при ЭЭР — гипокинетический, а при ЭГР в равной степени были представлены гиперкинетический и эукинетический типы.

Результаты: При применении фозиноприла у пациентов с АГ 1-2 ст. в 78% случаев АД достигло целевых значений, САД снизилось на 13-11-11% и ДАД на 6-24-14% в группах 1-2-3 соответственно. Наибольшее снижение ДАД наблюдается в группе 2, в результате достоверно повышается пульсовое давление (ПД) до 12%. В группах 1 и 3 — ПД уменьшается. В группе 1 зарегистрировано уменьшение жёсткости на 29%, ОПСС на 8% и ПД на 29%. В группе 2, в отличие от остальных групп, — повышение жёсткости на 23%, ОПСС на 11% и ПД на 12%. В группе 3 отмечается снижение жёсткости на 10%, незначительное уменьшение ОПСС на 4% и ПД на 7%.

Выводы: характер влияния ингибитора АПФ фозиноприла у пациентов с АГ 1-2 ст. на структурно-функциональные изменения сосудистой стенки и центральную гемодинамику зивисит от типа ремоделирования общих сонных артерий.

0174

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Ватаман Э.Б; Гривенко А.А; Лысый Д.М; Филимон С.С

Институт Кардиологии, г.Кишинев, Республика Молдова

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) отражает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Снижение ВСР является независимым предиктором риска внезапной сердечной смерти у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Малоизученным остается вопрос о динамике показателей ВСР после улучшения кровоснабжения ранее ишемизированного миокарда.

Цель: сравнительная оценка параметров вариабельности ритма сердца в зависимости от метода реваскуляризации миокарда в раннем периоде и через 6 месяцев после реваскуляризации.

Методы исследования: В исследование было включено 30 больных с ишемической болезнью сердца (мужчины и женщины в возрасте от 46 до 70 лет), которым была проведена реваскуляризации миокарда. Разделение на группы (по 15 больных в каждой группе) было проведено в зависимости от метода реваскуляризации миокарда. В 1 группу вошли больные, которым было проведено аорто-коронарное шунтирование (АКШ); 2 группу составили больные, которым была выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА). Все больные получали медикаментозное лечение: β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, ацетилсалициловую кислоту, клопидогрель, статины. Оценку ВРС проводили при суточном мониторировании электрокардиограмы на 1 этапе (1 неделя после реваскуляризации миокарда) и 2 этапе (через 6 месяцев после проведения реваскуляризации миокарда). Расчет вариабельности сердечного ритма производился по данным RR интервалов синусового происхождения в последовательно взятых окнах длительностью 5 минут с вычислением стандартных временных характеристик в соответствии с действующими стандартами: SDNN (ms)-стандартное отклонение всех R-R интервалов; SDANN (ms)-стандартное отклонение величин усредненных интервалов R-R; RMSSD-среднее квадратичное отклонение разницы всех интервалов.

Полученные результаты: на 1 этапе параметры SDNN у пациентов 1 группы (97,36±13,6) были статистически ниже параметров SDNN (131,26±10,2) во 2 группе ($p<0,05$), что соответствовало более высокой частоте сердечных сокращений (75,8±3,27 и 65,2±2,99; $p<0,05$). На 2 этапе сравнительный анализ параметров SDANN, RMSSD, ASDNN, средней частоты сердечных сокращений не показал статистически значимой разницы у пациентов обеих групп. Отмечалась тенденция к улучшению параметров ВСР через 6 месяцев после реваскуляризации у пациентов обеих групп, более выраженная у пациентов после АКШ.

Выводы: Сравнительная оценка ВСР в раннем постреваскуляризационном периоде показала значения близкие к нормальным у больных 2 группы (после ЧТКА) значительное снижение параметров ВСР ниже нормальных величин у больных 1 группы (после АКШ). На 2 этапе тенденция к явному улучшению параметров ВСР была у пациентов после коронарного шунтирования, параметры ВСР которых приблизились к нормальным.

Таблица 1. Параметры вариабельности ритма сердца на 1 и 2 этапе исследования.

параметры	1 группа		p	2 группа		p
	1 этап M±m	2 этап M±m		1 этап M±m	2 этап M±m	
SDNN	97,36±13,6	115,50±15,2	‹0,5	131,26±10,2	137,5±8,55	‹0,5
SDANN	82,76±12,4	104,36±12,9	‹0,2	107,27±9,2	119,33±7,9	‹0,2
RMSSD	44,48±11,3	30,38±4,7	‹0,2	41,82±4,8	37,27±7,4	‹0,5
ASDNN	45,24±5,1	49,68±9,0	‹0,5	58,86±4,9	57,12±6,4	‹0,5
Ср. чсс	75,8±3,27	70,4±2,88	‹0,2	65,2±2,99	64,38±2,66	‹0,5

Таблица 2. Сравнительная характеристика параметров ВСР у больных 1 и 2 групп на 1 и 2 этапе исследования

параметры	1 группа	2 группа	p	1 группа	2 группа	p
	1 этап M±m	2 этап M±m		1 этап M±m	2 этап M±m	
SDNN	97,36±13,6	131,26±10,2	‹0,025	115,50±15,2	137,5±8,55	‹0,2
SDANN	82,53±12,4	107,27±9,2	‹0,1	104,36±12,9	119,33±7,9	‹0,2
RMSSD	44,48±11,3	41,82±4,8	‹0,5	30,38±4,7	37,24±7,4	‹0,4
ASDNN	45,24±5,1	58,86±4,9	‹0,05	49,68±9,0	57,12±6,4	‹0,1
Ср. чсс	75,8±3,27	65,2±2,99	‹0,025	70,4±2,88	64,38±2,66	‹0,5

0175

ОСОБЕННОСТИ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Григориади Н.Е.*, Василец Л.М., Ратанова Е.А., Корягина Н.А., Петруша А.В.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития, Пермь, Россия

***Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия**

Цель работы: изучить показатели воспаления при фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и с изолированной АГ без ФП.

Материалы и методы исследования. Обследован 87 пациентов с артериальной гипертонией, 45 из которых имели нарушение ритма по типу персистирующей и хронической фибрилляции предсердий. В группу сравнения вошло 30 пациентов с изолированной АГ и 22 практически здоровых лица. Всем больным были проведены общеклинические обследования, исследования показателей воспаления: количественное определение фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6), эхокардиография с оценкой структурно-функционального состояния миокарда, суточное мониторирование ЭКГ и АД с изучением вариабельности сердечного ритма, вариабельности артериального давления.

Результаты и их обсуждение. При изучении маркеров воспаления, концентрация ФНО-α у больных с АГ без НРС достоверно превышала его значения у практически здоровых (2,1 [1,2; 4,8]пг/мл против 1,2 [0,8; 1,5]пг/мл, p=0,02). А уровень ИЛ-6 значимо превышал показатели у здоровых в обеих группах пациентов с АГ: 2,5 [1,6; 4,8]пг/мл при АГ без НРС и 5,6 [2,3; 18,6]пг/мл при ФП на фоне АГ против 1,6 [0,9; 2,2]пг/мл у здоровых (p=0,01 и p=0,0005, соответственно). При сравнении значений ФНО-α между группами с патологией его показатели распределились следующим образом: наибольшая концентрация наблюдалась при АГ без НРС 2,1 [1,2; 4,8]пг/мл, что превышало значения при «идиопатической» ФП 0,2 [0; 2,3]пг/мл (p=0,03), а показатели ФНО-α у больных с ФП на фоне АГ заняли среднюю позицию между изолированной АГ и «идиопатической» ФП, в связи с чем достоверно не отличались от остальных групп (p=0,15 и p=0,83) Концентрация ИЛ-6 была наибольшей у пациентов с ФП на фоне АГ 5,6 [2,3; 18,6]пг/мл, что превышало значения при изолированной АГ 2,5 [1,6; 4,8]пг/мл (p=0,01). А вот значения ИЛ-6 у пациентов с «идиопатической» ФП имели достаточно большой размах в показателях 2,1[0,6; 7,9]пг/мл, что сделало их не отличимыми от всех остальных групп (p›0,05)

Уровень маркеров воспаления (ФНО-α и ИЛ-6) увеличен при АГ без НРС, при этом концентрация ИЛ-6 повышена и при ФП на фоне АГ.

Выводы:

1. У пациентов с артериальной гипертонией и пароксизмальной формой ФП концентрация ФНО-α достоверно выше, чем в контрольной группе, наибольшая концентрация маркера наблюдалась при АГ без НРС.

2. Максимальная концентрация интерлейкина-6 выявлена в группе пациентов с сочетанием АГ и ФП.

0176

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИБРОЗА И ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Григориади Н.Е.*, Василец Л.М., Ратанова Е.А., Корягина Н.А.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития, Пермь, Россия

***Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия**

Цель работы: изучить зависимость показателей фиброза и воспаления от факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы исследования. Обследован 87 пациентов с артериальной гипертонией, 45 из которых имели нарушение ритма по типу персистирующей и хронической фибрилляции предсердий. В группу сравнения вошло 30 пациентов с изолированной АГ и 22 практически здоровых лица. Всем больным были проведены: общеклинические обследования, исследование показателей воспаления и фиброза миокарда: карбокситерминального пропептида проколлагена I типа (PICP), тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы 1-го типа (ТИМП-1), матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), количественное определение фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Результаты и их обсуждение. Изучена зависимость показателей фиброза и воспаления с другими параметрами риска ССЗ. Концентрация маркеров фиброза и воспаления у пациентов с ФП не зависела от возраста ($p>0,05$), гендерной принадлежности пациентов и массы тела ($p>0,05$), степени повышения АД, функционального класса сердечной недостаточности ($p>0,05$). При корреляционном анализе не выявлено зависимости данных маркеров с ростом, весом и ИМТ пациентов ($p>0,05$). При анализе взаимосвязей показателей фиброза и воспаления с данными липидного спектра у пациентов с фибрилляцией предсердий не установлено корреляций. Но у пациентов с «идиопатической» ФП наблюдалась сильная обратная зависимость между уровнем ММП-9 и ХС ЛПВП ($r=-0,82$, $p=0,02$). Надо отметить, что тенденция к обратной связи между этими показателями сохраняется и в общей когорте пациентов с патологией (с «идиопатической» ФП, ФП на фоне АГ и АГ без НРС) $r=-0,31$, $p=0,04$.

При корреляционном анализе показателей фиброза и воспаления с длительностью аритмического анамнеза и стажем АГ у пациентов с фибрилляцией предсердий закономерностей не установлено ($p>0,05$). Хотя при сравнительном анализе выявлено, что уровень ФНО-α у пациентов с длительностью аритмии более 5 лет превышает значения пациентов со стажем ФП менее 5 лет (2,6 [0,2; 5,3]пг/мл против 0,1 [0;2,3]пг/мл, $p=0,04$, U-критерий). При этом его концентрация у пациентов со стажем ФП более 5 лет достоверно не отличалась от уровня ФНО-α у здоровых 1,2 [0,8; 1,5]пг/мл ($p=0,06$).

Выводы.

1. У пациентов с ФП маркеры воспаления и фиброза не зависели от возраста, гендерной принадлежности, ИМТ, степени повышения АД, функционального класса ХСН. У пациентов с «идиопатической» ФП повышение антиатерогенных липопротеидов крови ассоциировалось со снижением ММП-9.

2. Не выявлено взаимосвязи маркеров фиброза с длительностью аритмического анамнеза. При этом наблюдалась тенденция к повышению уровня ФНО-альфа у пациентов с длительностью ФП более 5 лет.

0177

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРОЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Григориади Н.Е. *, Василец Л.М., Ратанова Е.А., Корягина Н.А., Петруша А.В.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития, Пермь, Россия

***Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия**

Цель работы: изучить показатели сывороточных маркеров фиброза миокарда при персистирующей фи-

брилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертонией, их взаимосвязь со структурно-функциональным состоянием миокарда.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 57 пациентов. Из них 45 человек — основная группа — были с фибрилляцией предсердий (35 человек с рецидивирующей ФП и 10 человек с хронической ФП, 12 пациента вошли в группу сравнения — практически здоровые лица. Всем больным были проведены: общеклинические обследования, исследование показателей фиброза миокарда: карбокситерминального пропептида проколлагена I типа (PICP), тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы 1-го типа (ТИМП-1), матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), количественное определение фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Результаты и их обсуждение. Уровень ФНО-α был незначительно выше при перманентной ФП 2,4 [0; 5,2] пг/мл по сравнению с рецидивирующей ФП 0,2 [0; 3]пг/мл (p=0,73), не отличаясь при этом от его значений у практически здоровых 1,2 [0,8; 1,5]пг/мл (p=0,6 и p=0,3). ИЛ-6 также имел незначительную тенденцию к более высоким концентрациям при перманентной ФП 7,7 [0,9; 141,2]пг/мл по сравнению с рецидивирующей ФП 5,2 [1,6; 7,9]пг/мл (p=0,43), при этом от значений практически здоровых 1,6 [0,9; 2,2]пг/мл уровень ИЛ-6 отличался только при рецидивирующей ФП (p=0,007).

При перманентной ФП в сравнении с рецидивирующими формами аритмии выявлены более низкие значения ТИМП-1 (520,5 [473; 712]нг/мл против 418 [346,7; 523,5]нг/мл, p=0,04) и, наоборот, значительно более высокие концентрации PICP (85,2 [54; 151]нг/мл против 182,4 [120; 282]нг/мл, p=0,01). В сравнение же с практически здоровыми явным было лишь увеличение уровня PICP при рецидивирующей и в еще большей степени при перманентной ФП (U-критерий, p=0,003 и p=0,002 соответственно).

Выводы.

1. Уровень ИЛ-6 в сравнении с практически здоровыми имеет более высокие значения у пациентов с рецидивирующей ФП, с тенденцией к повышению при перманентной ФП. Уровень ФНО-альфа незначительно повышается при перманентной ФП. Концентрация ММП-9 не зависит от формы ФП.

2. При перманентной ФП значения PICP выше, чем при рецидивирующей ФП, а концентрация ТИМП-1 имеет тенденцию к снижению при перманентной ФП.

0178

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И КАРДИАЛЬНЫЙ ФИБРОЗ: РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Григориади Н.Е.*, Василец Л.М., Ратанова Е.А., Корягина Н.А.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития, Пермь, Россия

***Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия**

Цель работы: изучить показатели сывороточных маркеров воспаления и фиброза миокарда у пациентов с артериальной гипертонией.

Материалы и методы исследования. Обследован 87 пациентов с артериальной гипертонией, 45 из которых имели нарушение ритма по типу персистирующей и хронической фибрилляции предсердий. В группу сравнения вошло 30 пациентов с изолированной АГ и 22 практически здоровых лица. Всем больным были проведены: общеклинические обследования, исследован показатель фиброза миокарда: карбокситерминальный пропептид проколлагена I типа (PICP), количественно определен фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Результаты и их обсуждение. При анализе показателей фиброза выявлено, что группы с «идиопатической» ФП, ФП на фоне АГ и АГ без НРС достоверно отличались от практически здоровых только по уровню PICP (p=0,01; p=0,001 и p = 0,0005 соответственно). При этом его концентрация в крови в группах с патологией была достоверно выше, чем у практически здоровых (51 [37,2; 79,2]нг/мл). Наибольшая концентрация PICP определялась при ФП на фоне АГ 130,8 [64,8; 218,4] нг/мл. Несколько ниже 125,4 [66; 171,6] нг/мл, но без значимой разницы (p=0,74), была концентрация PICP у пациентов с АГ без НРС. У пациентов с «идиопатической» ФП уровень PICP 84 [52,8; 102] нг/мл был значительно ниже чем у пациентов с ФП на фоне АГ (p=0,01) и АГ без НРС (p=0,001).

При изучении маркеров воспаления, концентрация ФНО-α у больных с АГ без НРС достоверно превышала

его значения у практически здоровых (2,1 [1,2; 4,8]пг/мл против 1,2 [0,8; 1,5]пг/мл, p=0,02). А уровень ИЛ-6 значимо превышал показатели у здоровых в обеих группах пациентов с АГ: 2,5 [1,6; 4,8]пг/мл при АГ без НРС и 5,6 [2,3; 18,6]пг/мл при ФП на фоне АГ против 1,6 [0,9; 2,2]пг/мл у здоровых (p=0,01 и p=0,0005, соответственно). При сравнении значений ФНО-α между группами с патологией его показатели распределились следующим образом: наибольшая концентрация наблюдалась при АГ без НРС 2,1 [1,2; 4,8]пг/мл, что превышало значения при «идиопатической» ФП 0,2 [0; 2,3]пг/мл (p=0,03), а показатели ФНО-α у больных с ФП на фоне АГ заняли среднюю позицию между изолированной АГ и «идиопатической» ФП, в связи с чем достоверно не отличались от остальных групп (p=0,15 и p=0,83). Концентрация ИЛ-6 была наибольшей у пациентов с ФП на фоне АГ 5,6 [2,3; 18,6]пг/мл, что превышало значения при изолированной АГ 2,5 [1,6; 4,8]пг/мл (p=0,01). А вот значения ИЛ-6 у пациентов с «идиопатической» ФП имели достаточно большой размах в показателях 2,1[0,6; 7,9]пг/мл, что сделало их не отличимыми от всех остальных групп (p>0,05)

Выводы.

1. У пациентов с фибрилляцией предсердий повышается уровень PICP, при этом в большей степени при сочетании аритмии с АГ.

2. У пациентов с артериальной гипертонией и пароксизмальной формой ФП концентрация ФНО-α выше, чем в контрольной группе. Уровень маркеров воспаления (ФНО-α и ИЛ-6) увеличен при АГ без НРС, при этом концентрация ИЛ-6 повышена и при ФП на фоне АГ.

0179

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Григориади Н.Е.,* Василец Л.М., Ратанова Е.А.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития, Пермь, Россия ; *Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия

Цель работы: изучить особенности эхокардиографических показателей левого желудочка при фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследован 87 пациентов с артериальной гипертонией, 45 из которых имели нарушение ритма по типу персистирующей и хронической фибрилляции предсердий. В группу сравнения вошло 30 пациентов с изолированной АГ и 22 практически здоровых лица. Всем больным были проведены: общеклинические обследования, эхокардиография с оценкой структурно-функционального состояния миокарда.

Результаты и их обсуждение. Средние значения конечного систолического размера (КСР), конечного диастолического размера (КДР), конечного диастолического объема (КДО) и конечного систолического объема (КСО) во всех группах находились в пределах установленных нормативов, несмотря на некоторые различия между группами. Так, значения КДО превышали показатели практически здоровых у пациентов с «идиопатической» ФП (p=0,009), ФП на фоне АГ (p=0,04) и АГ без НРС (p=0,004), хотя между группами с патологией различий не было. КСР левого желудочка (ЛЖ) был практически одинаков у пациентов с ФП на фоне АГ и АГ без НРС (p=0,31), а у пациентов с «идиопатической» ФП его значения были достоверно ниже, чем при АГ без НРС (p=0,04) и ФП на фоне АГ (p=0,007). При оценке систолической функции ЛЖ отмечено, что в среднем фракция выброса (ФВ) была в пределах нормы во всех группах. При этом наблюдались достоверно более низкие показатели ФВ у пациентов с ФП на фоне АГ 56 [53; 60]% по сравнению с другими группами: 63,5 [61; 65,5]% у практически здоровых (p=0,001), 64 [59; 67]% у пациентов с «идиопатической» ФП (p=0,0002) и 62 [56; 65]% при АГ без НРС (p=0,001).

При оценке толщины стенок ЛЖ у пациентов с АГ без НРС и АГ в сочетании с ФП наблюдалось умеренное утолщение КДР задней стенки (ЗС) ЛЖ (1,35 [1,2; 1,4]см и 1,3 [1,1; 1,3]см, соответственно, p=0,06) и КДР межжелудочковой перегородки (МЖП) (1,3 [1,2; 1,5]см и 1,3 [1,2; 1,4]см, соответственно, p=0,14), что достоверно отличалось от их значений у практически здоровых и пациентов с «идиопатической» ФП (p<0,017). Пациенты с «идиопатической» ФП в среднем имели стенки толщиной 1,1 [1; 1,1]см, что укладывается в нормальные значения с минимальными изменениями, но с учетом толщины стенок в группе здоровых в среднем 0,95 [0,9; 1]см, между этими группами регистрировалось отличие (p=0,004 и p=0,015).

Выводы.

1. У пациентов с АГ без аритмии и в сочетании с ФП наблюдается выраженная гипертрофия ЛЖ, при этом наиболее высокие параметры толщины стенок отмечены у больных с некорригированной АГ.

2. Систолическая функция ЛЖ в группах сохранена, но у пациентов с ФП на фоне АГ значения ФВ значимо ниже.

0180

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, АССОЦИИРОВАННАЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СТЕПЕНЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Григориади Н.Е.,* Василец Л.М., Ратанова Е.А.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития, Пермь, Россия

***Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия**

Цель работы: изучить особенности эхокардиографических параметров, характеризующих степень гипертрофии левого желудочка при фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследован 87 пациентов с артериальной гипертонией, 45 из которых имели нарушение ритма по типу персистирующей и хронической фибрилляции предсердий. В группу сравнения вошло 30 пациентов с изолированной АГ и 22 практически здоровых лица. Всем больным были проведены: общеклинические обследования, эхокардиография с оценкой структурно-функционального состояния миокарда.

Результаты и их обсуждение. Для более точной оценки степени гипертрофии миокарда левого желудочка рассчитаны масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Только у пациентов с АГ без НРС и в сочетании с ФП наблюдалась гипертрофия ЛЖ, без значимых отличий между ними по ММЛЖ (318 [273; 353]г и 302 [244; 357]г, соответственно, p=0,41) и ИММЛЖ (159 [143; 180]г/м2 и 156 [129; 182]г/м2, соответственно, p=0,53). Надо отметить, что у пациентов с «идиопатической» ФП наблюдалось достоверное отличие в значении ММЛЖ 228 [191; 228]г и ИММЛЖ 113 [93; 119]г/м^2 в сравнении с группой практически здоровых с ММЛЖ 181 [161; 190]г (p=0,008) и ИММЛЖ 96 [81; 102]г/м^2 (p=0,02) , но при сравнении с нормами эти параметры укладывались в их пределы. Известно, что нормы значений ММЛЖ и ИММЛЖ отличаются для мужчин и женщин. В изучаемых группах с АГ показатели ММЛЖ и ИММЛЖ у мужчин и женщин соответствовали выраженной гипертрофии ЛЖ как у пациентов с АГ без НРС, так и с АГ в сочетании с ФП.

При сравнении структурных параметров ЛП и ЛЖ у пациентов с АГ в зависимости от степени повышения АД выявлены отличия только по степени гипертрофии, а именно различия в толщине стенок ЛЖ и ММЛЖ между пациентами с разной степенью АГ. Самые высокие показатели гипертрофии ЛЖ наблюдались у пациентов с 3 степенью АГ. При этом достоверные отличия в значениях задней стенки ЛЖ, межжелудочковой перегородки и ММЛЖ получены между пациентами с 3 степенью АГ (1,45 [1,4; 1,55]см, 1,5 [1,4; 1,55]см и 408 [357; 548]г) и нормотензией (1,3 [1,2; 1,4]см для обеих стенок и 310 [270; 350]г) p=0,01, p=0,006 и p=0,01. Также по всем этим параметрам отличались от пациентов с 3 степенью АГ и пациенты со 2 степенью АГ (1,3 [1,1; 1,3]см, 1,3 [1,3; 1,4]см и 323 [237; 405]г), p=0,03, p=0,009 и p=0,03, соответственно.

Выводы.

1. У пациентов с ФП на фоне АГ и АГ без НРС выявлена выраженная гипертрофия левого желудочка. Значения массы миокарда ЛЖ у пациентов с «идиопатической» ФП превышают значения в группе практически здоровых лиц, но укладываются в параметры нормальных значений.

2. Более выраженная степень гипертрофии ЛЖ наблюдается при не корригированной АГ.

0181

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Григоричева Е.А., Евдокимов В.В., Мельников И.Ю.Железняк М.Е., Ткалич М.Э, Бондарева Ю.Л.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Цель. Определить возможности рутинных и новых показателей суточного мониторирования артериального давления (АД) при стратификации сердечно-сосудистого риска пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов (50 мужчин и 50 женщин) с АГ 1-2 стадии, в возрасте 40-59 лет, не получавших антигипертензивную терапию. Средний возраст включенных в исследование составил 54,3 ± 4,1 года. Ультразвуковое исследование проводилась с определением индекса массы миоарда левого желудочка (ИММЛЖ) и толщины сосудистой стенки (ТИМ). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось осциллометрическим методом на аппарате BPlab (производитель «Петр Телегин») с последующим расчетом параметров СМАД и жесткости сосудистой стенки в лаборатории предприятия — изготовителя по стандартным методикам и с применением пакета прикладных программ Vasotens Office.. В качестве маркеров повышенной жесткости сосудистой стенки взяты PWVao и ЦАДАо.

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

Выводы.

1. Повышение САД по данным СМАД связано с ремоделированием сердца, а нарушение суточного ритма АД с повышением ДАД ночью (нон-дипперы) с ремоделированием сосудов.

2. Комплексным независимым показателем сердечно-сосудистого ремоделирования является среднесуточная PWVao больше 10.1 см/сек. Превышение этого значения увеличивает риск ГЛЖ у пациентов с АГ в 8 раз, а риск увеличения ТИМ в 8 раз.

0182

ПРОФИЛЬ КАРДИОТРОПНЫХ АУТОАНТИТЕЛ И СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ CD4 + Т-ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С МОРФОЛОГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИРОВАННЫМ МИОКАРДИТОМ

Григорьева Д.А., Митрофанова Л.Б., Лебедев Д.А., Зверев Д.А., Моисеева О.М.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург

Введение: Феномен «молекулярной мимикрии», в основе которого лежит сходство между антигенами микро — и макроорганизма, активация аутореактивных Т- и В-лимфоцитов, а также персистенция вирусов, определяют развитие большинства аутоиммунных заболеваний, в том числе и миокардитов.

Цель настоящего исследования — оценить представительство Т-регулярных и Т-цитотоксических лимфоцитов, а также профиль аутоантител (ААТ) в периферической крови больных с морфологически документированным миокардитом.

Материалы и методы: Обследовано 56 больных (средний возраст 37,0±13,1 лет, м:ж=42:14) с лимфоцитарным миокардитом, подтвержденным с помощью гистологических и/или иммуногистохимических методов, и 30 практически здоровых лиц, доноров крови (средний возраст 33,8±9,3 лет, м:ж=17:13). Уровень сывороточных ААТ к 16 кардиотропным антигенам определяли с помощью стандартизованных иммуноферментных тест-систем группы ЭЛИ-ТЕСТ. Количество CD4+ CD25bright и CD4 + CD28null Т клеток в периферической крови оценивали методом проточной цитометрии. Уровень NT-proBNP определяли в сыворотке крови метод электрохемилюминесценции с помощью стандартного набора Elecsys (Roche Diagnostic GmbH, Германия).

Результаты: В дебюте заболевания симптомы сердечной недостаточности (СН) присутствовали у 59,3%

пациентов, желудочковые аритмии в 30,3%, фибрилляция предсердий — у 11,1% пациентов. У больных с миокардитом выявлено повышение числа CD4 + $CD25^{bright}$ и CD4 + $CD25^{bright}$ FoxP3 циркулирующих Т-лимфоцитов: 69 (54,5; 185) и 37 (26;53) клеток/мл по сравнению с пациентами контрольной группы: 44 (30;65) и 29 (21;36) кл/мл (χ^2=11,4; p<0,001и χ^2=4,3; p<0,05, соответственно). Отмечена тенденция к увеличению CD4 + $CD28^{null}$ Т-клеток у больных с миокардитом 29 (9;86) по сравнению с контрольной группой 19 (3;37) клеток/мл. Повышение числа циркулирующих CD4 + $CD28^{null}$ Т-клеток было связано с увеличением числа CD45+ клеток, инфильтрирующих миокард. Снижение количества CD4 + $CD25^{bright}$ Т-лимфоцитов у больных с миокардитом ассоциировалось с увеличением титра ААТ к сердечному миозину (r_s = -0,573, p=0,01) и аденин нуклеотидному транслокатору, маркеру митохондриальных нарушений (r_s = -0,615, p <0,01). Наряду с повышением ААТ к сердечному миозину, у больных с миокардитом выявлено повышение уровня ААТ к миозин-связывающему протеину С, β1-адренорецепторам, p53 и коллагену. Увеличение уровня ААТ к сердечному миозину (r_s = 0,371; p <0,05) и коллагену (r_s = 0,439, p = 0,01) было тесно связано с развитием систолической дисфункции левого желудочка.

Выводы: Повышение уровня циркулирующих Т-регуляторных клеток, у больных с миокардитом, вероятно, носит адаптивный характер, направленный на подавление патологических иммунных реакций. Снижение числа Т-регуляторных клеток указывает на иммунный дисбаланс и прогрессирование заболевания. Повышение уровня кардиотропных сывороточных ААТ не только отражает процесс ремоделирования сердца, но и играет ключевую роль в патогенезе миокардита.

0183

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНТСКИХ КРИТЕРИЕВ СИНДРОМА МАРФАНА У СТУДЕНТОВ ЧЕЛГМА И ИХ СВЯЗЬ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

Е.А. Григоричева, В.О Барышева, А.В. Полякова, Н.А. Беседина

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Цель. Определить распространенность Гентских критериев синдрома Марфана среди студентов медицинской академии и их связь с аномалиями развития сердца и сосудов.

Материалы и методы. Для выявления внешних и висцеральных признаков дизэмбриогенеза выполнены антропометрическое, фенотипическое и инструментальные исследования (ЭхоКГ, УЗДГ сосудов шеи). Для оценки внешних признаков дизэмбриогенеза в работе использовались Гентские критерии. Всего в исследовании приняли участие 135 студентов.

Результаты. Распространенность Гентских критериев в исследуемой когорте была достаточно высокой — более 2 баллов у 56%, более 3 баллов у 25%, среднее количество баллов составило 1.7. Самыми распространенными критериями были сколиоз, стрии, плоскостопие, миопия, признаки гипермобильности суставов. Однако связи бальной оценки и распространенности синдрома малых аномалий развития сердца и сосудов получено не было. Выявлены следующие варианты малых аномалий сердца и сосудов: пролапс митрального клапана (24%), дополнительная хорда левого желудочка (15%), патологическая извитость внутренней сонной артерии (11%), высокое впадение позвоночной артерии (28%), гипоплазия позвоночной артерии (18%), компрессия позвоночной артерии (35%). По наличию Гентских критериев трем студентам было выставлено подозрение на синдром Марфана. Получена достоверная связь средней силы между признаками гипермобильности суставов и наличием пролапса митрального клапана (r=0.31), дополнительных хорд и стрий (r=0,38), извитости внутренних сонных артерий и миопии (r=0.41), гипоплазии позвоночных артерий и стрий (r=0.29) и сколиоза (r=0.41), компрессии позвоночной артерии и стрий (r=0.34) и размаха рук (r=0.38).

Выводы.

1. При выявлении группы риска малых аномалий сердца и сосудов по сравнению с оценкой гентских критериев в баллах преимуществом обладает оценка отдельных значимых критериев.

2. Риск пролапса митрального клапана увеличивается при наличии гипермобильности суставов. Миопия, сколиоз, большой размах рук являются маркерами малых сосудистых аномалий. Наличие стрий увеличивает риск малых кардиологических и сосудистых изменений.

0184

МЕТАБОЛИЗМ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ РЕЗИСТЕНТНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ

Гринштейн И.Ю.,[1] Савченко А.А.,[1, 2] Гринштейн Ю.И.,[1] Савченко Е.А.[1]

[1]ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск;

[2]ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель. Изучить активность НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов у больных стабильной стенокардией резистентных и чувствительных к ацетилсалициловой кислоте (АСК).

Материал и методы.Обследован 101 пациент мужского пола со стенокардией II-IV функционального класса (ФК) в возрасте от 38 до 73 лет. Определялись показатели гемостаза на терапии АСК в дозе 75-150 мг/сут. По оптической агрегатометрии больные были разделены на резистентных и чувствительных к АСК. Биолюминесцентным методом определялась активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ), малик-фермента (НАДФМДГ), НАД- и НАДН-зависимой реакции лактатдегидрогеназы (ЛДГ и НАДН-ЛДГ, соответственно), НАД- и НАДН-зависимой реакции малатдегидрогеназы (МДГ и НАДН-МДГ, соответственно), НАДФ- и НАДФН-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАДФ-ГДГ и НАДФН-ГДГ, соответственно), НАД- и НАДН-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАД-ГДГ и НАДН-ГДГ, соответственно), НАД- и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАД-ИЦДГ и НАДФ-ИЦДГ, соответственно) и глутатионредуктазы (ГР).

Результаты.Наиболее выраженные нарушения активности НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах обнаружены у больных IV ФК стенокардии резистентных к АСК. Низкая активность Г6ФДГ и НАДФМДГ определяет ингибирование пластического обмена и реакций липидного анаболизма; понижение активности НАДФ-ГДГ и НАДФ-ИЦДГ отражает нарушения компенсаторных процессов в цикле трикарбоновых кислот, проявляющихся на фоне повышенного уровня НАДН-зависимого субстратного оттока на реакции аминокислотного обмена. Пониженная активность аэробной реакции ЛДГ в тромбоцитах при IV ФК стенокардии определяет снижение субстратного стимулирования аэробных реакций, что отрицательно влияет на энергетику в клетке. Метаболизм тромбоцитов у больных III ФК стенокардии характеризуется низким уровнем липидного катаболизма и активности НАДФ-ГДГ. Дополнительно у больных с III ФК стенокардии чувствительных к АСК выявляется активация анаэробной энергетики и НАДН-зависимой субстратной стимуляции реакций аминокислотного обмена.

Заключение.Определен метаболический механизмаспиринорезистентностиу больных стенокардией для последующей возможной разработки методов повышения чувствительности к препаратам АСК.

0185

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гринштейн И.Ю.,[1] Савченко А.А.,[1, 2] Гринштейн Ю.И.,[1] Савченко Е.А.,[1] Филоненко И.В.[1]

[1]ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск;

[2]ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель. Разработать информативный способ прогнозирования сердечно-сосудистых событий у больных после коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 70 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) мужского пола (ФК) в возрасте от 43 до 72 лет. После КШ все больные наблюдались в течение 3-х лет, при этом отслеживались неблагоприятные коронарные события (вновь возникшая стенокардия, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая смерть). После операции все больные получали клопидогрел 75 мг/сутки в течение 3-х месяцев, а затем аспирин 75-150 мг/сутки. До операции КШ в тромбоцитах периферической крови биолюминесцентным методом определяли активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ) в значительной степени определяющих метаболическую активность красных кровяных пластинок. Рассчитывали коэффициент субстратно-гликолитического обмена (КСГО), представляющий собой отношение активности Г6ФДГ к сумме активностей ЛДГ и Г3ФДГ. При значении КСГО<0,05 прогнозировали возможность развития сердечно-сосудистых событий, а при КСГО ≥0,05 прогнозировали отсутствие таковых. Значение 0,05 получено опытным путем, на основании сопоставления значений рассчитываемого КСГО и данных последующего наблюдения за клиническим состоянием больных ИБС после КШ.

Результаты.Из 70 больных ИБС у 62 отдаленный послеоперационный период протекал без осложнений, у 8-осложнился в течение 1-2 года после КШ вновь возникшей стенокардией (5), инфарктом миокарда (2), сердечно-сосудистой смертью (1). Все осложнения были обусловлены тромбозом шунта, шунтируемой коронарной артерии или вены. При этом у всех больных перед коронарным шунтированием КСГО составлял≥0,05. У 62 больных, не имевших коронарных осложнений, после КШ КСГО был<0,05.

Заключение. Предлагаемый способ позволяет прогнозировать возможное развитие сердечно-сосудистых событий после операции коронарного шунтирования.

0186

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ДИСАДИПОКИНЕМИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

[1]ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

[2]ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия

Одним из важнейших факторов риска (ФР) развития и прогрессирования сердечно — сосудистых заболеваний (ССЗ) является атерогенная дислипидемия, которая формируется под влиянием адипокинов висцеральной жировой ткани. Возможно, данный атерогенный фенотип может вносить существенный вклад в развитие рестенозов после стентирования коронарных артерий (КА).

Цель исследования: изучить особенности атерогенной дислипидемии, взаимосвязь с адипокинами и их вклад в развитие рестенозов у больных с ИБС, ассоциированной с МС, после стентирования КА.

Материалы и методы: В исследование включено 80 мужчин со стенокардией в возрасте от 35 до 70 лет. В зависимости от наличия или отсутствия МС все больные были разделены на 2 группы: группа 1 (49 человек) — с МС, группу 2 (31 человек) — без МС. Всем больным до стентирования КА определялись уровни апопротеинов (Апо) А1, В и липопротеина (а) [Лп (а)] методом иммунопреципитации и весь спектр липопротеинов. Через год после стентирования пациентам проводилась диагностическая мультиспиральная компьютерная томография КА с целью выявления рестенозов. Группы были сопоставимы по проводимой липидснижающей терапии. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 53,9±6,9 лет.

Результаты и обсуждение: Выявлено, что у больных с МС клиника стенокардии возникала в более молодом возрасте (51,4 ± 6,0 год) по сравнению с больными без МС (55,4 ± 5,8 ($p < 0,001$), а так же операция реваскуляризации миокарда в группе с МС проводились раньше, чем в группе без МС (55,6 ± 6,1 лет и 58,5 ± 5,7 лет соответственно) ($p=0,004$). При определении показателей традиционного липидного спектра, уровня Apo AI, АроВ, Лп (а) выявлено статистически достоверное повышение уровней проатерогенных липидов в группе с МС. А также тенденция к повышению уровней адипокинов с выраженными проатерогенными свойствами при МС. С целью оценки влияния параметров липидного спектра и изучаемых адипокинов на развитие стенотических осложнений в подгруппах с МС после стентирования КА проводился пошаговый дискриминантный анализ с включениями. Наиболее значимыми предикторами развития стенотических осложнений у пациентов с МС после стентирования КА стали резистин, лептин, адипонектин, ХС ЛПВП, отношение ОХС/ХС ЛПВП.

По результатам ROC — анализа выявлено, что предиктором развития стенотических осложнений после стентирования КА у пациентов с МС, обладающим наибольшей чувствительностью и специфичностью (100% и 81,1% соответственно) являетя Лп (а) при пороговом значении более 615 мг/л.

Таким образом, у пациентов с ИБС на фоне МС наблюдается более значимые изменения уровня липидов (в том числе Апо А1, Апо В, Лп(а) и адипокинов. Выявдены различия в предикторах развития стенотических осложнений после стентирования КА у больных ИБС с МС и без него.

0187

РЕГУЛЯТОРНАЯ РОЛЬ ЛЕПТИНА В ФОРМИРОВАНИИ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Громнацкий Н.И., Громнацкая Н.Н.*; Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; * Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель исследования. Изучить ассоциации кластеров метаболического синдрома (МС) и функциональные изменения почек у детей, их связь с регулятором жирового обмена лептином.

Материалы и методы. Обследованы 117 детей в возрасте от 10 до 18 лет, у которых диагностирован МС. В обследование были включены с избыточной массой тела (МТ) — 28 детей (1-я группа), с избыточной МТ и артериальной гипертензией (АГ) — 20 детей (2-я группа), с ожирением — 25 детей (3-я группа), с ожирением и АГ — 23 детей (4-я группа). Группу контроля составили 26 здоровых детей с нормальной МТ и артериальным давлением (АД)(5-я група).

Диагностику МС проводили согласно критериев консенсуса IDF (2007). . Определение микропротеинурии (МП) в моче проводили фотометрическим методом з использованием набора "Белок-ПГБ-Ново"(ЗАО "Вектор-Бест", Новосибирск). МАУ в моче определяли полуколичественным методом с использованием тест-полосок MicroalbuPHAN (Lachema, CZ). Уровень лептина в сыроватке крови определяли твердофазовым энзимосвязующим иммуносорбентным методом (ELISA) (DRG, D). Статистический анализ проведено с использованием пакета программ Статистика 7.

Результаты. Признаки гиперфильтрации (СКФ›130 мл /хв./ 1,73 м2) развились у 3,3% детей 1-й группы, 5,0% детей 2-й группы, 15,0% детей 3-й группы и 14,8% детей 4-й группы. То есть с повышением МТ и присоединением АГ, частота поражения почек в виде гиперфильтрации, как первой стадии нефропатии, повышалась в 4,5 раза. Средние значения СКФ в группах отличались, так в 1-й и 2-й группах они составляли 95,8±17,0 мл /мин./ 1,73 м2 и 123,1 ± 46,8 мл /мин./ 1,73 м2, а в 3-й и 4-й группах -100, 6 ±34,7 мл /мин./ 1,73 м2 и 107,2 ±30,9 мл /мин./ 1,73 м2 . То есть с увеличением МТ и присоединением АГ СКФ имела тенденцию к уменьшению, хотя и находилась в границах референтных значений. У детей 5-й группы показатели СКФ находились в границах 97,8±27,3 мл /мин./ 1,73 м2. Снижение СКФ меньше 70 мл /мин./ 1,73 м2 у детей 4-й группы диагностировалось в 3,3 раза чаще, чем у детей 1-й группы. Уровень МП в моче повышался с увеличением количества кластеров МС. Так у детей 1-й группы она составляла 0,047 г/л, а у детей 3-й группы — 0,087 г/л ($p<0,05$). МАУ у детей 1-й группы достигала уровня 26,3 ± 28,1 мг/л, 3-й группы 34,6 ±36,1 мг/л, 4-й группы — 40,0±40,8 мг/л. С увеличением МТ уровень МАУ у детей увеличивалась в 1,3 раза. Уровень лептина у детей 4-й группы был достоверно выше, чем у детей 5-й группы (20,6 нг/мл та 8,0 нг/мл, соответственно ($p<0,05$). При развитии АГ у детей с ожирением уровень лептина увеличивался с 17,0 нг/мл до 44,0 нг/мл ($p<0,05$), т.е. возрастал с увеличением МТ и АД.

Выводы. Установлено доклиническую распространенность поражения почек у детей с МС, при которой определение МП и МАУ следует считать обязательными методами скринингового обследования. Гиперлептинемия оказывает нефротоксическое влияние на функцию почек у детей с МС.

0188

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Груздева О.В., Барбараш О.Л.

ФГБУ «НИИ КПССЗ» СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель:выявление наиболее информативных показателей липидного обмена и адипокинового статуса для оценки инсулинорезистентностипри ИМ.

Материал и методы: В исследование включено 200 пациентов (130 мужчин и 70 женщин в возрасте 61,4 ±1,12 лет) с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, у которых на 1-е и 12-е сутки госпитализации проводилась оценка уровня глюкозы, инсулина с определением индекса инсулинорезистентности (ИР), липидного профиля, концентрации адипокинов и грелина.Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.1. и SPSS 17.0 forWindows.Выявление наиболее информативных показателей в оценке развития ИРс определением отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ)проводили методом пошагового логистического регрессионного анализа.

Результаты: ИР была выявлена у 77% больных и ассоциировалась с наличием в анамнезе факторов сердечно-сосудистого риска, неблагоприятным клиническим течением заболевания, нарушением липидного обмена: повышением атерогенных фракций холестерина и снижением антиатерогенных липопротеинов. Наиболее информативным маркером ИР среди показателей липидного метаболизма был уровень СЖК. Показано, что повышение концентрации СЖК в 9 раз у больных в остром периоде ИМ повышает риск развития ИРв среднем в 3 раза (ОШ 2,9;95% ДИ1,38-6,11p=0,002). Существенное значение в развитии ИР имеет дисбаланс

адипокинов и грелина. У больных с ИР наблюдается увеличение концентрации лептина, резистина, нарушающих тканевую чувствительность к инсулину и снижение защитного действия адипонектинау пациентов с ИР выявлено значимое снижение содержания грелина на всем протяжении госпитального периода.Кроме того, для грелинахарактерна высокая специфичность и чувствительность в отношении риска развития ИР: снижение в 4 раза концентрации грелина в остром периоде ИМ повышает риск развития ИР на 78% (ОШ 0,22; 95% ДИ 0,09-0,52p=0,003).

Выводы: Одним из значимых факторов риска ИР при инфаркте миокарда, наряду с инсулинемией и гликемией, является дислипидемия, характеризующаяся высокой концентрацией СЖК и дисбаланс в системе лептин-резистин-адипонектин на фоне дефицита грелина в остром и раннем восстановительном периодах заболевания. Определение концентрации СЖК и грелина можно использовать в качестве перспективных молекулярных маркеров для стратификации риска развития инсулинорезистентности у больных, перенесших инфаркт миокарда.

0189

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Грушина Т. И., Мухарлямов Ф. Ю.

ФГУ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» ДЗМ, Москва

Задачи исследования. Установить значение санаторно-курортного лечения сопутствующей патологии сердечно — сосудистой системы в реабилитации больных раком молочной железы.

Материал и методы исследования. Под наблюдением авторов находилась 151 больная раком молочной железы I — IIIБ стадий III клинической группы с отеком верхней конечности на стороне операции I — II степени, в возрасте от 31 до 65 лет. У 107 больных (70,9%) выявлены функциональные нарушения сердечно-сосудистой и нервной систем: вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу — у 38 (25,2%), по гипотоническому типу — у 24 (15,9%), по кардиальному типу — у 17 (11,3%), астено-невротический синдром — у 12 (7,9%), посткастрационный синдром — у 16 больных (10,6%). Эти нарушения у 76 (71%) больных возникли на фоне или вскоре после окончания радикального лечения рака молочной железы, а у 31 (29%) — отмечалась и раньше, но у 29 больных была отрицательная динамика. У 44 больных (29,1%) имела место органическая сердечно-сосудистая патология: гипертоническая болезнь I — II Б стадии — у 32 (21,2%), хроническая ишемическая болезнь сердца с кардиосклерозом — у 10 (6,6%), миокарди-тический кардиосклероз с недостаточностью кровообращения I — II степени — у 2 больных (1,3%). 72,7% больных также указывали на ухудшение течения сопутствующего заболевания после противоопухолевого лечения. Больным проведено лечение в санатории сердечно-сосудистого профиля: аэро- и гидротерапия по режимам слабой и средней холодовой нагрузки, гелиотерапия в режиме наибольшего щажения; души и ванны индифферентной температуры: хлоридные натриевые, иодобромные, кислородные, жемчужные, хвойные; умеренная физическая нагрузка, щадяще-тренирующий двигательный режим; психотерапия. Результаты. Оценивались после окончания лечения и в отдаленные сроки по самочувствию больных (анкета), клинико-лабораторным данным, ЭКГ, ЭЭГ и психологическому тестированию. У 87,7% больных отмечено «улучшение» или «значительное улучшение». Из 56 больных, с изначально повышенными цифрами артериального давления, у 83,9% — к концу лечения оно нормализовалось, а у 13,6% — отмечалась тенденция к его снижению. У 67,2% больных наблюдалась стабилизация, а у 14,4% -уменьшение отека верхней конечности на протяжении 1 — 1,5 лет без проведения специальных курсов реабилитации. У 60,9% больных с изначально умеренно выраженными диффузно-дистрофическими изменениями миокарда (нарушениями в конечной части желудочкового комплекса и расстройствами сердечного ритма) после лечения у 79,3% отрицательный или двухфазный зубец Т стал положительным, сегмент ST приблизился к изоэлектрической линии, на 22,5% реже встречались нарушения сердечного ритма. У 80% больных отмечена положительная динамика их психического состояния. Отрицательного влияния на показатели выживаемости больных раком молочной железы не выявлено.

Выводы. Лечение сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы увеличивает эффективность реабилитации больных раком молочной железы.

0190

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ

Губанова М.В., Кушнаренко Н.Н., Брянцева Е.Н

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

Цель исследования: оценить вариабельность ритма сердца (ВРС) у мужчин с подагрой. Материалы исследования: обследовано 30 мужчин с подагрой с различными клиническими стадиями течения заболевания. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по S. L. Wallace, 1977. Критериями исключения из исследования явились возраст старше 55 лет, наличие ишемической болезни сердца, ревматических, эндокринных заболеваний, других кристаллических артропатий. Средний возраст больных составил 46,3±6 лет. Всем пациентам проводилось общеклиническое, лабораторное (исследование содержания мочевой кислоты в сыворотке крови и моче) и инструментальное обследование (определение ВРС проводилось на аппарате «Поли-Спектр 8ЕХ» Нейрософт, Россия). Полученные результаты: У 16 больных выявлена интермиттирующая стадия заболевания, у 14 пациентов — хроническая подагра. Выделяют 6 классов ритмограмм (РГ) (Д.И.Жемайтите). 1-й класс — отражает вариант нормы, высоких функциональных возможностей сердца, в его основе лежит высокое преобладание парасимпатического влияния на регуляцию ритма сердца. 2-й класс — наиболее часто встречающийся вариант нормы у практически здоровых молодых лиц. Рефлекторное симпатико-парасимпатическое воздействие на сердечный ритм (СР) преобладает над гуморально-метаболическими влияниями. 3-й класс — это вариант патологических изменений регуляции СР, так как преобладают волны LF, отражая увеличившееся симпатическое воздействие. 4-й класс также показывает выраженное преобладание симпатического влияния на СР над парасимпатическим. У пациентов с такой РГ возможны повышения артериального давления, нередко увеличена частота сердечных сокращений (ЧСС). 5-й класс — на фоне увеличения ЧСС заметно отсутствие HF и LF. Подобная РГ обычно сопровождает органическую патологию сердца и является формальным свидетельством автономной кардионевропатии. 6-й класс — демонстрирует крайний вариант срыва вегетативной регуляции СР. Функциональные возможности сердца резко снижены, высок риск летального исхода. Всем больным проводилось исследование ВРС. 1-й класс РГ встречался у 8 пациентов (26,6%), что свидетельствовало о нормальном значении ВРС. 2-й класс РГ встречался у 6 пациентов (20%), характеризуется преобладанием симпатико-парасимпатического воздействия на СР. 3-й класс РГ выявлен у половины больных (16 пациентов, 53,3%), характеризуется патологическими изменениями регуляции СР с преобладанием симпатического отдела ВНС. Выводы: по данным ВРС у мужчин с подагрой в большинстве случаев преобладает 3 класс РГ, что свидетельствует о повышенной активности симпатического отдела ВНС и снижении адаптационной системы организма. Таким образом, исследование временных и спектральных характеристик ВРС являются весьма перспективным инструментом в изучении ВНС. Данный метод может применяться для ранней диагностики сердечно-сосудистых осложнений у больных подагрой.

0191

МАНЖЕТОЧНАЯ ПРОБА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И БЕЗ ТАКОВОЙ

Губская П.М., Кулик Н.А., Белозеров К.В., Сухенко И.А.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Великий Новгород

Известно, что гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) встречается в 30-40% случаев.

Цель исследования: изучить эндотелий-зависимую вазодилатацию плечевой артерии (ЭЗВД) у больных АГ II степени с гипертрофии левого желудочка и без таковой.

Материалы и методы исследования: Обследованы 28 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), средний возраст больных составил 49,4±1,3 лет. Обследование проводилось в состоянии покоя. Методом эхокардиографии определялась толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). Все больные были поделены на группы: больные с ГЛЖ, когда ТЗСЛЖ составляла ≥1,2 см. и больные без ГЛЖ, при значениях ТЗСЛЖ ‹1,2. Исследование ДФЛЖ проводилось методом допплерэхокардиографии. Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) диагностировалась при значениях Е/А‹1,0. Эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии

изучали по методу, предложенному D.S.Celermajer (1992) в модификации О.В. Ивановой (1997) (манжеточная проба, МП). Увеличение диаметра плечевой артерии через 60 секунд на фоне реактивной гиперемии на 10 % и более считали нормальной реакцией. Проводилось исследование общей сонной артерии (ОСА) которое является доступным методом исследования в практической кардиологии — определялась толщина интима-медиа (ТИМ) ОСА.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования показали, что значения ТИМ ОСА в группах больных АГ с ГЛЖ и без ГЛЖ значительно не отличались (0,07±0,01 см и 0,07±0,004 см, соответственно, p>0,05). Проба с реактивной гиперемией выявила нормальные показатели ЭЗВД у 80% больных АГ с ГЛЖ и 83,3% больных АГ без ГЛЖ. Выраженная ДДЛЖ, когда показатель Е/А был <1,0 в этих группах больных АГ встречался с одинаковой частотой (почти у 50% больных)

Таким образом, ЭЗВД у больных АГ не зависит от наличия или отсутствия ГЛЖ и от состояния ДФЛЖ. Можно думать, что механизмы ремоделирования миокарда и сосудов нелинейно сопряжены друг с другом.

0192

ЗНАЧЕНИЕ ГИБРИДНОЙ МСКТ-КОРОНАРОГРАФИИ И ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Лишманов Ю.Б., Завадовский К.В., Гуля М.О.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

Актуальность.В современной кардиологии перфузионнаясцинтиграфия миокарда (ПСМ) является приоритетной методикой для неинвазивного определения функциональной значимости коронарного стеноза. Решать вопрос о гемодинамической значимости стеноза конкретной коронарной артерии можно только после сопоставления обнаруженных дефектов перфузии с результатами коронароангиографического исследования. Однако существует большая когорта пациентов с незначительными или умеренными нарушениями перфузии и сомнительными результатами нагрузочных тестов, которым проведение прямой коронарографии не показано.

Цель. У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) изучить состояние коронарного русла при умеренных нарушениях миокардиальной перфузии.

Материал и методы. Обследовано 34больных ИБС стабильной стенокардией напряжения (ФК I-II по NYHA) у которых по данным ПСМ миокардиальная перфузия была нормальная или имелся преходящий дефект перфузии менее 10%. Средний возраст пациентов составил 59,2±7,7 лет; среди них был 21 мужчина и 13 женщин. Всем пациентам выполняли МСКТ коронарографию и ОФЭКТ миокарда нагибридом ОФЭКТ/КТ томографе GE Discovery NM/CT 570C. В процессе анализа оценивали наличие и характеристику атеросклеротических бляшек (протяженность, структуру) и локализацию и глубину дефектов миокардиальной перфузии (ДП) на пике фармакологического теста (аденозин) и в покое.

Результаты. Дефекты миокардиальной перфузии были выявлены у 26 пациентов из 34 (в 82% случаев). Средний размер ДП на фоне аденозинового теста составил 3,1 ±2,3 балла; в покое — 0,7±0,9 балла; разница в размере ДП на нагрузке и в покое составила 2,35±1,72 балла. Кальциевый индекс (по Agatston) по трем сосудистым регионам суммарно составил 163,76±258,72; в бассейне ствола ЛКА2,96±11,78; в бассейне ПНА 75,03±79,36; в бассейне ОА 23,33±53,21; в бассейне ПКА 62,42±170,41. В зависимости от степени стенозирования коронарных артерий (КА) было выделено 4 когорты пациентов: 1 — без признаков коронарного атеросклероза, 2 — с наличием стенозов до 40%, 3 — со стенозированием от 40 до 70%, 4 — сужение КА более 70%. Для дальнейшего анализа было выделено две группы пациентов: с наличием ДП и без такового. В группе с нарушенной миокардиальной перфузией на нагрузке ДП составил 3,7 балла, средний размер ДП в покое составил 0,85 балла; разница в размере ДП на нагрузке и в покое составила 2,85 балла. При сравнительном анализе было установлено, что по уровню коронарного кальция (как по общему, так и по сосудистым регионам) и по степени стенозированияКА группы достоверно не отличались.

Заключение. У пациентов с ИБС стабильной стенокардией напряжения (ФК I-II по NYHA) с умеренными нарушениями миокардиальной перфузии имеет место выраженное в разной степени атеросклеротическое поражение КА. Это диктует необходимость проведения в данной группе пациентов комплексного лучевого обследования, включающего МСКТ коронарографиюи ПСМ.

0193

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, МАРКЕРЫ ДЕГРАДАЦИИ МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУСАКОВА А.М., СУСЛОВА Т.Е.

ФГБУ НИИ КАРДИОЛОГИИ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить корреляционные взаимосвязи между показателями липидного спектра крови, матриксных металлопротеиназ и провоспалительных цитокинов у пациентов с сахарным диабетом (СД) и артериальной гипертензией (АГ).

Методы: в исследование включено 66 пациентов с СД II типа и АГ в возрасте 60±5,8 лет, длительность диабета — 10,5±6,7 лет. Определение содержания в сыворотке крови матриксных металлопротеиназ (pro-MMP-1, MMP-2, MMP-9), С-терминального телопептида (CICP) и С реактивного белка (СРБ) проводили иммуноферментным методом наборами фирм «Biomedica» и «Biosource». Оценка цитокинового профиля включала исследование концентрации: интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкин-10 (ИЛ-10), фактора некроза опухолей (ФНО) в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов ООО «Протеиновый контур». Содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС–ЛПВП) определяли в сыворотке крови с помощью ферментативного колориметрического метода с использованием наборов реагентов ЗАО Диакон–ДС (Россия).

Результаты: сравнение липидных показателей в группе больных с СД и АГ позволило выявить достоверное увеличение атерогенных холестериновых фракций (ТГ, ХС–ЛПНП) в группе пациентов с ОХС ≥5,0 ммоль/л ($p<0,05$). Отмечены корреляции показателей липидного обмена с показателями деградации межклеточного матрикса. Так содержание ММР–2 напрямую коррелировало с содержанием ХС–ЛПВП ($r=0,29$). Подобная взаимосвязь отмечена между уровнем ТГ и СРБ ($r=0,27$). Количество CICP обратно коррелировало с уровнем ТГ ($r=-0,28$).

Отмечено достоверное увеличение показателей ИЛ–6, ИЛ–1 и ФНО по сравнению с референсными значениями.

При анализе групп, выделенных по значению индекса массы тела (ИМТ), выявлены следующие закономерности: отмечается достоверное увеличение уровня ТГ, при этом, чем выше ИМТ, тем выше значения ТГ. Уровень СРБ в группе с ИМТ свыше 35 (группа III) достоверно отличался от значений в группе с ИМТ=25–30 (группа I). Установлено достоверно значимое повышение ММР-1, ММР–9, ИЛ–6 и ТГ в группе с ИМТ=30–35 (группа II) по сравнению с группой I. В группе пациентов с ТГ≥1,7 ммоль/л наблюдалось статистически значимое повышение уровня СРБ ($p=0,024$), ОХС ($p=0,0004$), ХС–ЛПВП ($p=0,001$), ХС–ЛПНП ($p=0,007$) в сыворотке крови по сравнению с группой, в которой ТГ ≤1,7 ммоль/л.

Выводы: полученные результаты подтверждают тесные взаимосвязи между показателями липидного обмена, цитокинового статуса и деградации межклеточного матрикса и подчеркивают необходимость комплексного патогенетического подхода в лечении пациентов с СД и АГ.

0194

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НИФЕДИПИНОМ С КОНТРОЛИРУЕМЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Гусаковская Л.И., Борисова Н.А., Фадеева С.С.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: провести сравнительную оценку показателей центрального (аортального) давления и ригидности у больных старше 60 лет с изолированной систолической (ИСАГ) и систоло-диастолической артериальной гипертонией (СДАГ) 1-2 степени.

Методы исследования: обследовано 47 человек в возрасте от 60 до 74 лет. Первую группу составили 20 пациентов с ИСАГ, средний возраст 67,7±3,6 лет. Во вторую группу вошли 27 больных с СДАГ, средний возраст 67,2±4,1 лет. Диагноз верифицировали трехкратным измерением АД аускультативным методом в соответствии с рекомендациями ВНОК (2010). Группы были рандомизированы по возрасту, полу, антропометрическим по-

казателям, офисным значениям систолического АД. Структурно-функциональные свойства магистральных артерий оценивали технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия). Определяли среднесуточные значения центрального (аортального) давления: систолическое (САДао), диастолическое (ДАДао), среднее гемодинамическое (СрАДао), пульсовое давление (ПАДао). Кроме того оценивали индекс аугментации в аорте (Aixao) и центральную скорость пульсовой волны (PWVao). Результаты представлены в виде M±SD при нормальном распределении, при ассиметричном в виде Me (Q 25%; Q 75%).

Результаты: сравниваемые группы не отличались по уровню САДао: у больных ИСАГ — 140,0±10,9, СДАГ — 140,4±8,5 мм рт.ст. Показатель СрАДао в группе 1 составил 115,0 (102,0; 117,0) мм рт.ст., в группе 2, соответственно, 115,2±8,5 мм рт.ст. (нд). У больных ИСАГ значения ДАДао были достоверно ниже (78,3±5,6 мм рт.ст) по сравнению с пациентами, страдающими СДАГ, — 87,5 (86,0; 94,0) мм рт.ст. ($p<0,01$). Среднесуточное ПАДао в группе 1 превышало соответствующие значения параметра у пациентов группы 2 (61,5±8,1 и 50,8±6,5 мм рт.ст. соответственно, ($p<0,01$). Показатель Aixao у больных ИСАГ составил 41,3±9,7 %, СДАГ — 37,0 (24,0; 39,0) % ($p<0,01$). Сравниваемые группы не отличались по суточным значениям PWVao: в группе 1 — 8,1 (7,8; 8,3) м/с, в группе 2 — 7,8±0,5 м/с (нд).

Выводы: по показателям амбулаторного суточного мониторирования аортального давления и сосудистой ригидности больные пожилого возраста с ИСАГ достоверно отличались от лиц с СДАГ по некоторым из сравниваемых параметров, что, очевидно, обусловлено более выраженными изменениями стенки аорты, приводящими к изолированному повышению систолического АД.

0195

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Гусейнова Р.К., Кудаев М.Т., Магомедов А.З., Ахмедова Д.А., Атаева З.Н., Амбоян А.С., Османова А.В., Каллаева А.И. ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала

Цель исследования: особенности возникновения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с гипертонической болезнью (ГБ). Методы исследования: обследовано 42 больных ГБ в возрасте от 50 до 65 лет (длительность заболевания 15+1,2 года). Из них 30 больных имели клинические признаки ХСН II-III ФК по Нью-Йоркской классификации (24 больных ФК II и 6 — ФК III), группа сравнения 12 больных ГБ без клинических признаков ХСН. Структурно-функциональные изменения миокарда оценивались методом эхокардиографи (ЭХО-КГ), электрокардиографии (ЭКГ) и рентгенометрии. Полученные результаты: при использовании ЭКГ критериев (индекс Соколова-Лайона) гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) диагностирована у 39% больных ГБ с явлениями ХСН и у 11% больных без признаков ХСН. Методом ЭХО-КГ увеличенная масса миокарда была выявлена у всех больных ГБ, осложненной ХСН и у 4-х больных ГБ без ХСН. Кроме того установлено, что для больных ГБ с ХСН характерно более выраженное увеличение не только левого желудочка (ЛЖ), но и левого предсердия в отличии от группы сравнения. Оценивалась диастолическая функция ЛЖ. У больных ГБ без клинических признаков ХСН не выявлено значительных нарушений диастолической функции. Отношение $E/A< 1$. У больных ФК II увеличилась скорость пика Е, время изоволюмического расслабления стало короче отношения $E/A >1$. У больных ХСН III ФК — $E/A>2$. Из полученных данных видно, что для больных с ХСН наиболее характерен концентрический тип гипертрофии миокарда ЛЖ с наиболее значимым нарушением диастолической функции. При рентгенометрическом исследовании сердца выявлено увеличение объема сердца как у больных ГБ без ХСН, так и больных с ХСН, хотя степень увеличения объема сердца у больных ХСН была несколько выше. Выводы: увеличение массы миокарда с изменением его геометрии, сопровождающиеся ухудшением показателей диастолического расслабления, лежат в основе развития ХСН у больных ГБ и отсутствие ЭКГ критериев ГЛЖ не исключает ХСН. Комплексное обследование больных ГБ может помочь ранней диагностике сердечной недостаточности у этих больных.

0196

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Давид Л.А., Гросу А.А.Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Целью исследования явилось изучение демографических характеристик, особенностей внутрибольнич-

ного клинического течения и исходов, а также долгосрочного прогноза острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных сахарным диабетом (СД) в разных возрастных группах (ВГ).

Материал и методы. Из 460 больных последовательно поступивших в Клинику Кардиологии с ОИМ в период январь 2007- декабрь 2008 г. 24,7% (n=114) страдали СД 2 типа и были включены в данное исследование, средний возраст 64,1±0,9 года, 56% мужчин и 44% женщин, длительность диабета — 8,6±0,8 лет. С учетом показателя возраста больных разделили на следующие ВГ: I гр. (n=9) — до 50 лет, II гр. (n=47): 50 — 64 года, III гр. (n=46): 65 — 75 лет, IV гр. (n=12): старше 75 лет. Провели сравнительный анализ факторов риска, сердечно-сосудистого анамнеза, клинической характеристики при поступлении, особенностей течения ОИМ, летальности в больнице и при длительном наблюдении в четырех ВГ. Длительность наблюдения составила в среднем 2,5 года.

Результаты. В изученных ВГ длительность диабета увеличилась параллельно возрасту (p<0,05). Процентное соотношение женщин было значительно выше среди лиц старше 65 лет в сравнении с субъектами моложе 65 лет (p<0,01) и возрастало одновременно с возрастом. Во всех ВГ преобладали больные с ожирением (индекс массы тела превышал в среднем 30 кг/м2). Лица моложе 50 лет чаще курили, имели более высокие показатели холестерина (6,5±0,4 vs 5,4±0,1 vs 5,9±0,2 vs 4,8±0,4 p<0,01) и триглицеридов крови (2,7±0,6 vs 2,0±0,1 vs2,0±0,1 vs 1,8±0,1 p< 0,05) в сравнении с остальными группами. Перенесенный ранее инфаркт миокарда встречался с одинаковой частотой в изученных группах, в то же время процент лиц с артериальной гипертонией (p<0,05) и наличием сердечной недостаточности в анамнезе (p<0,01) возрастал по мере увеличения возраста. У молодых субъектов (моложе 50 лет) достоверно чаще наблюдали развитие ОИМ с зубцом Q (p<0,05), в то время как различий по локализации очага некроза между группами не отметили. У больных старше 65 лет чаще отметили наличие сердечной недостаточности Killip›2 класса при поступлении, мерцательную аритмию и прогрессирование сердечной недостаточности в период госпитализации в сравнении с лицами моложе этого возраста (p<0,05). Во всех ВГ фракция выброса левого желудочка была снижена (43±0,8% в среднем) и хотя значимой разницы по данному показателю между группами не выявили, отмечена некоторая тенденция его понижения с возрастом. Уровень глюкозы при поступлении был достоверно выше у молодых (‹50 лет) пациентов в сравнении с другими ВГ (p<0,01). Внутрибольничная летальность в четырех ВГ различалась (16,7% vs 4,1% vs 27,7% vs 16,7%): была самой высокой в группе лиц 65 — 75 лет, превышая достоверно таковой показатель лиц 50 — 64 лет (p<0,01) и была сопоставимой у больных молодого (моложе 50 лет) и пожилого возраста (старше 75 лет). В то же время внутрибольничная летальность у больных моложе 50 лет страдающих СД по сравнению с их сверстниками без СД оказалась достоверно выше (p<0,05). Летальность при длительном наблюдении (2,5 лет) имела тенденцию к росту по мере увеличения возраста больных (0% vs 23,4% vs 23,5% vs 60%, соответственно в ВГ, p<0,05).

Выводы. Больные моложе 50 лет с ОИМ и СД чаще мужского пола, курильщики, имеют повышенный ИМТ, дислипидемию, гипергликемию при поступлении, развивают преимущественно ОИМ с зубцом Q, снижение ФВ ЛЖ% и имеют повышенный риск внутрибольничной смерности. Для пациентов ОИМ и СД старше 65 лет характерно преобладание женщин, наличие ассоциации коморбидностей, развитие сердечной недостаточности, высокий риск летального исхода.

0197

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Давидович И.М., Маренин С.Н., Афонасков О.В.

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», Хабаровск

Цель: оценка состояния эректильной функции и показателей андрогенного статуса у мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от стадии заболевания, степени и длительности артериальной гипертензии (АГ) и индекса массы тела (ИМТ).

Методы исследования: международный индекс эректильной функции (МИЭФ), опросник «Андрогенный статус мужчины» (АСМ), содержание в крови общего тестостерона (ОТ), секс стероид связывающего глобулина (СССГ) с расчётом индекса свободного тестостерона (ИСТ), определение индекса массы тела (ИМТ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), статистические.

Результаты: всего обследовано 63 мужчины молодого возраста (средний возраст 37,0±2,1 года), офице-

ров сухопутных войск ВВО. Из них 44 человека были с ГБ (23 — I стадии, 21 — II стадии), АГ 1 степени — у 21, АГ 2 степени — у 23 пациентов и19 человек с нормальным АД (контроль). В целом по всей группе больных с ГБ МИЭФ составил 22,6±0,4, в контроле — 24,2±0,5 балла (p=0,024), АСМ — 27,2±1,1 и 22,3±1,1 балла (p=0,005). Расчет отношения шансов (ОШ) показал, что у мужчин молодого возраста с ГБ,ОШ появления эректильной дисфункции составило 7,54 (0,39;26,6), а признаков андрогенного дефицита– 6,46 (0,39; 9,33) в сравнении с лицами с нормальным АД. Нарушения со стороны эректильной функции возникали у пациентов со II стадией ГБ, 2-ой степенью АГ и с избыточной массой тела (ИМТ›24 кг/м2) и не зависели от длительности анамнеза АГ (больше или меньше 5 лет). Нарушения эректильной функции по данным СМАД в основном зависели от нестабильного характера АД, поскольку имели место прямые и обратные корреляционные связи между показателями МИЭФ и АСМ и вариабельностью систолического (САД) и диастолического (ДАД) в дневное и ночное время и утренним подъемом САД и ДАД. Нарушение эректильной функции сочеталось со снижением содержания ОТ в крови (5,3±0,3 и 7,3±0,8 нг/мл, p=0,005), которое наблюдали у пациентов с ГБ Iи II стадиями, АГ 2 степени, избыточной массой тела и при любой длительности заболевания. Вместе с тем, повышение содержание СССГ и соответственно, снижение ИСТбыло отмечено только у больных АГ 2 степени, при наличие избыточной массы тела и длительности заболевания свыше 5 лет.Имела место прямая корреляционная зависимость между показателями МИЭФ и ИСТ и между параметрами АСМ и СССГ.

Выводы: у мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск с ГБ, в отличие от лиц с нормальным АД имела место умеренная выраженная эректильная дисфункция в сочетании с синдромом дефицита андрогенов и отклонениями в андрогенном статусе. Нарушения эректильной функции были присуще в основном пациентам со II стадией заболевания, 2-ой степенью АГ, наличием избыточной массы тела и не зависели от длительности АГ. Установлена зависимость между нарушениями эректильной функции и снижением вариабельности АД по данным СМАД.

0198

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ ПЕНИЛЬНЫХ И ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Давидович И.М., Маренин С.Н., Афонасков О.В.

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», Хабаровск

Цель: оценка состояния эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) пенильных и плечевых артерий, толщины комплекса интима-медиа (КИМ) у мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от стадии заболевания, степени и длительности артериальной гипертензии (АГ) и индекса массы тела (ИМТ).

Методы исследования:ЭЗВД пенильных и плечевых артерий осуществляли с помощью линейного датчика 7,5 Мгц на аппарате «SimensSonoline 1700» в В-режиме. Оценивали в процентах изменение диаметра (Δ%) и скорости кровотока в артериях после окклюзии. Толщину КИМ общей сонной артерии измеряли по стандартной методике в В-режиме по задней стенке проксимальнее бифуркации на 1 см.Рассчитывалииндекс массы тела (ИМТ). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД), статистические.

Результаты: всего обследовано 63 мужчины молодого возраста (средний возраст 37,0±2,1 года), офицеров сухопутных войск ВВО. Из них 44 человека были с ГБ (23 — I стадии, 21 — II стадии), АГ 1 степени — у 21, АГ 2 степени — у 23 пациентов и 19 человек с нормальным АД (контроль).Курили 60% лиц в каждой группе. В целом по всей группе больных с ГБ было отмечено достоверное снижение вазодилатирующей функции пенильных (Δдиаметра — 38,7±2,3%) и плечевых артерий (Δдиаметра — 9,1±0,5%) по сравнению с лицами с нормальным АД (Δдиаметра — 57,1±2,9%, p=0,001 и 14,2±1,0%, p=0,001). Проведенный корреляционный анализ показал, что у мужчин молодого возраста с ГБ на нарушение ЭЗВД пенильных артерий в основном оказывало влияние повышенное диастолическое давление (ДАД), поскольку именно между средними значениями и вариабельностью ДАД, как в дневное, так и в ночное время была установлена отрицательная корреляционная связь. Параллельное снижение ЭЗВД пинеальных и плечевых артерий наблюдалось у пациентов с АГ 1-ой и 2-ой степени, ГБ Iи II стадий, вне зависимости от длительности анамнеза АГ и ИМТ. Нарушения функции эндотелия пенильных и плечевых артерий предшествовали морфологическим изменениям со стороны артерий, поскольку утолщение КИМ сонных артерий имело место только у пациентов со II стадией ГБ, а нарушение ЭЗВД выявлялись уже при I стадии заболевания. Была выявлена обратная корреляционная зависимость между толщиной КИМ сонных артерий и Δдиаметра пенильных артерий.

Выводы: у мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск с ГБ, в отличие от лиц с нормальным АД, но одинаковыми сопутствующими факторами риска, в первую очередь курением и повышенной массой тела, имела место дисфункция эндотелияпенильных и плечевых артерий. Нарушения ЭЗВД пенильных и плечевых артерий у данной категории пациентов не зависело от стадии заболевания, степени и длительности АГ и ИМТ и возникало раньше структурных изменений со стороны артерий.

0199

ОЦЕНКА МОДЕЛЕЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ВРАЧАМИ И ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Давыдов Е.Л

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия

Цель: Изучить модели взаимодействия между врачами (терапевтами и кардиологами) и пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертонией (АГ), выявить их несоответствия по мнению врачей и пациентов.

Материалы и методы: Было опрошено 190 врачей, которые занимаются вопросами диагностики и лечения АГ у пациентов старших возрастных групп, 161 респондент являлся врачом-терапевтом — 84,7%, 25 — кардиологами (13,2%), Средний возраст респондентов на момент проведения опроса 46,43±11,70 лет, что вполне соответствует среднему стажу работы в органах здравоохранения — 21,71±11,89 и стажу по последней врачебной специальности 17,54±11,37. Большинство врачей работает в поликлиниках 71,1% (135 опрошенных), 23,2% (44 человека) — в стационаре, 11 врачей (5,8%) работают в частных клиниках.

Результаты: При оценке модели взаимодействия с пожилыми пациентами большинство врачей — 47,9% (n=91) указали, что они предлагают пациенту на выбор план, методы лечения, лекарства и убеждают его в необходимости определенного выбора, 40 врачей (21,1%) считают, что пациенты им полностью доверяют (в принятии решения о методе лечения, выборе лекарств), а они лишь доносят до них только самую необходимую информацию; 31 врач (16,3%) считает, что их основная концепция при взаимодействии с пожилыми пациентами заключается в том, что врач принимает все решения, а пациент должен их выполнять. 14,7% (n=28) опрошенных опираются на следующую модель, когда они предоставляют пациентам информацию об их состоянии здоровья и методах лечения, а также полную свободу выбора. Такой же вопрос был задан и пациентам с АГ. Как и среди врачей, среди пациентов большинство считают, что врач взаимодействует с ними при лечении АГ по принципу «убеждающий врач» — это была самая популярная оценка врача во всех возрастных и гендерных группах — 35,5%-59,5%, Весьма популярным была оценка врача, как врач-опекун, когда — все решения принимает врач, не спрашивая мнения пациента — 11,9% — 23,8%, среди врачей использующих эту модель взаимодействия с пожилыми пациентами было 16,3%. Реже пациенты указывали такой тип врача, как «диктатор», когда роль пациента пассивная, ему просто указывается какие обследования необходимо проходить, какое лечение нужно принимать и т.д. — 4,7% — 14,9% (среди врачей к такой модели поведения тяготеют 21,1%). Тревожной тенденцией является тот факт, невысок удельный вес пациентов с АГ, которые отметили, с ними взаимодействовал врач по принципу «врач-партнер», когда врач строит свои отношения с пациентом на взаимном доверии и согласии — только 2,2%-13,2% пациентов с АГ дали такую оценку своему лечащему врачу (среди врачей такую модель практикуют 14,7% опрошенных).

Выводы: Среди врачей по отношению к пациентам старших возрастных групп с АГ преобладает патерналистская модель взаимодействия, что затрудняет эффективную коммуникацию с пациентами, непопулярна модель «врач-партнер».

0200

СТРУКТУРА ПРИЧИН НЕВЫПОЛНЕНИЯ ПРЕДПИСАНИЙ ВРАЧА БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Давыдов Е.Л. ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия

Цель: Изучить причины, по которым пожилые пациенты не соблюдают предписания врачей.

Материалы и методы: Было опрошено 190 врачей, которые занимаются вопросами диагностики и лечения АГ у пациентов старших возрастных групп, 161 респондент являлся врачом-терапевтом — 84,7%, 25 — кардиологами (13,2%), Средний возраст респондентов на момент проведения опроса 46,43±11,70 лет, что вполне соответствует среднему стажу работы в органах здравоохранения — 21,71±11,89 и стажу по последней врачебной специальности 17,54±11,37. Большинство врачей работает в поликлиниках 71,1% (135 опрошенных), 23,2% (44 человека) — в стационаре, 11 врачей (5,8%) работают в частных клиниках.

Результаты: Наиболее частыми причинами, по мнению врачей, являются следующие: не хватает средств на лекарства — 56,8% (n=108), не до конца понимают, что необходимо делать — 51,1% (n=97), не любят пить лекарства — 41,6% (n=79), из-за собственной лени — 41,1% (n=78), реже по мнению врачей причиной несоблюдения рекомендаций является то, что больные не доверяют существующей медицине — 20,0% (n=38), 42 врача считают (22,1%), что пациенты не верят в возможность в выздоровления, 11,6% (n=22), отмечают, что причины лежат в том, что больные не согласны с методами и медикаментами, выбранными для лечения, 3,7% (n=7) уверенны, что пациенты не доверяют врачу, 5 респондентов (2,6%) указали иные причины отсутствия приверженности к лечению, также 2,6%(n=5) затруднились определить причины несоблюдения рекомендаций врачей. При сравнении с указанием причин невыполнения предписания врача при лечении АГ самими пациентами отмечены некоторые различия. Так среди пациентов пожилого возраста высок удельный вес тех, кто не любит пить лекарства (29,3% и 31,7% соответственно). Пациенты с АГ старческого возраста и группы сравнения затруднились указать причину невыполнения (26,7%-40,0%), среди других причин мужчины старческого возраста указывали причину, как недоверие врачу — 26,7%, не полное понимание выполнения рекомендаций врача — 13,3%, женщины этой возрастной группы — среди причин невыполнения были более самокритичны и указали такие причины, как собственная лень и нелюбовь к приему лекарств — по 18,5% соответственно и недостаток финансовых средств на ЛС — 14,8%. Не любят принимать ЛС и пациенты группы сравнения — 20,7% и 23,5% соответственно, а также из-за собственной лени — 20,7% и 16,7% соответственно, женщины этой группы среди причин невыполнения часто указывали такую причину, как несогласие с методами лечения и ЛС, назначенными врачом — 16,7%. Достоверно чаще не доверяют врачам мужчины старческого возраста (26,7%), чем мужчины группы сравнения (3,4%, p=0,021) и женщины своей возрастной группы (3,7%, p=0,028).

Выводы: Выявлены расхождения в мнениях врачей и пациентов, по мнению врачей основными причинами являются финансовые и когнитивные проблемы, по мнению пациентов — отсутствие культуры приема медикаментов.

0201

ОСЛОЖНЕННЫЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И СМЕРТНОСТИ

Дармаева И.П., Шаварова Е.К., Кобалава Ж.Д.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель: определить предикторы 90-дневной повторной госпитализации и смертности у пациентов, госпитализированных ранее по поводу гипертонического криза.

Дизайн и методы: в исследование включались пациенты, госпитализированные в стационар с диагнозом гипертонический криз (n=700, среди них 78% женщин, средний возраст пациентов 66,4±9,3 лет). У 4% артериальная гипертония (АГ) была выявлена впервые. 25% не получали антигипертензивной терапии, диуретики назначались 22% пациентов, ингибиторы АПФ — 39%, бета-блокаторы — 13%, блокаторы кальциевых каналов — 9%, препараты центрального действия — 2%. У 48% обследованных АГ была неконтролируемой. У 539 (77%) пациентов диагностирован неосложненный ГК (группа 1) и у 161 (23%) имело место развитие осложненного гипертонического криза (группа 2): из них у 84 (52%) пациентов наблюдался острый коронарный синдром, у 56 (35%) пациентов — отек легких, у 20 (13%) пациентов — инфаркт головного мозга, у 1 пациента (0,6%) — ретинопатия с кровоизлиянием в сетчатку. Анализировались анамнез заболевания, данные лабораторно-инструментальных исследований (поражения органов-мишеней), проводимая гипотензивная терапия, частота повторных госпитализаций и смертность в течение 90 дней после выписки из стационара.

Результаты: среди Группы 1 продолжительность госпитализации составила 8,9±1,1 койко/дней, в Группе 2 — 17,4±3,4 койко/дней. Частота повторной госпитализации в течение 90 дней составила 23% в Группе 1 (n=124), среди них у 17% причиной явилась дестабилизация течения АГ или повторный гипертонический

криз и 18% в Группе 2 (n=29), среди них 5% из-за дестабилизации цифр АД. В Группе 2 смертность в стационаре составила 9% (n=15) с совокупной 90-дневной смертностью 12% (n=19). В Группе 1 90-дневная смертность составила 3,7% (n=20), за время госпитализации летальность не зарегистрирована. Факторы, связанные с увеличенной вероятностью повторной госпитализации в течение 90 дней, включали возраст старше 75 лет (p=0,03), низкую приверженность лечению (p=0,001), застойную сердечную недостаточность (p=0,001), хроническую болезнь почек IV-V стадии (p=0,01). Детерминантами повторной госпитализации в связи с АГ были низкая приверженность лечению (p=0,0001) и предшествующие госпитализации по поводу АГ (p=0,006). Госпитальная летальность зарегистрирована у пациентов с инфарктом миокарда (6% всех смертельных случаев), отеком легких (2% всех смертельных случаев). Смертность в течение 90 дней после выписки из стационара не была связана с наличием или отсутствием поражений органов мишеней.

Заключение: повторная госпитализация в течение 90 дней после выписки из стационара зарегистрирована у каждого четвертого пациента с неосложненным гипертоническим кризом и каждого пятого пациента с осложненным гипертоническим кризом. Отсутствие приверженности лечению — главная причина как госпитализации по поводу дестабилизации АГ, так и повторных госпитализаций в целом.

0202

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ: ДАННЫЕ РЕГИСТРА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Дармаева И.П., Шаварова Е.К., Кобалава Ж.Д.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель: оценить ведение больного с осложненным гипертоническим кризом в реальной клинической практике.

Дизайн и методы: в исследование включены пациенты, госпитализированные в стационар в 2011-2012 гг. с диагнозом гипертонический криз (n=700, 78% женщин, средний возраст 66,4±9,3 лет), среди них — 4% с впервые выявленной АГ. У 48% пациентов АГ антигипертензивная терапия была недостаточной, 22% получали диуретики, 39% — ингибиторы АПФ, 13% — бета-блокаторы, 9% — блокаторы кальциевых каналов, 2% — препараты центрального действия. 25% поступивших больных лекарственной терапии не получали. Регистрировалось артериальное давление (АД), измеренное врачом «скорой помощи», в приемном отделении больницы, затем спустя 2, 6, 24, 72 часа на фоне проводимой терапии. Всем пациентам выполнялись биохимический анализ крови (креатинин сыворотки, СКФ, мочевина, калий), электрокардиограмма, рентгенография органов грудной клетки, оценка неврологического статуса. Осмотр глазного дна, эхокардиограмма, компьютерная томография головного мозга осуществлялись по показаниям.

Результаты: у 539 (77%) поступивших регистрировался неосложненный, у 161 (23%) — осложненный гипертонический криз: у 84 (52%) пациентов развился острый коронарный синдром, среди них 49% получили нитроглицерин и фуросемид (в/в), 6% — нитроглицерин и метопролол (в/в), а 44% больных — нитроглицерин (в/в). У 56 (35%) пациентов диагностирован отек легких, все они получили урапидил и фуросемид (в/в). У 20 (13%) пациентов гипертонический криз осложнился развитием инфаркта головного мозга, среди них 55% больным вводился урапидил и 45% — комбинация урапидил и нитроглицерин. У 1 (0,6%) пациента при осмотре была выявлена ретинопатия с кровоизлиянием в сетчатку, назначался урапидил. Среднее значения АД у пациентов с осложненным ГК при вызове бригады «скорой помощи» составило 205±17/108±16 мм рт.ст, через 2 часа — 176±8/101±7 мм рт.ст, спустя 6 часов — 154±12/83±7 мм рт.ст, при контроле АД через 24 часа среднее АД равнялось 145±9/90±8, после 72 часов — 140±8/86±9 мм рт.ст. Снижение АД менее 15% от исходного отмечено у 11 больных (7%), на 15-25% — у 122 больных (76%), свыше 25% — у 27 (17%), среди них у 23 (85%) пациентов резкое снижение АД сопровождалось выраженной головной болью и у 2 (7%) пациентов была выявлена острая неврологическая симптоматика вследствие ятрогенной гипотонии. У 83 % пациентов через 6 часов после получаемой терапии АД снижалось ниже 160/100 мм рт.ст.

Заключение: каждый четвертый пациент в реальной клинической практике не получает плановой антигипертензивной терапии, а у половины больных лекарственная терапия не оптимальна. Целевые значения АД при лечении осложненного гипертонического криза через 2 часа достигались у 76% пациентов, спустя 6 часов — у 83% больных. Препаратом выбора являлся нитроглицерин, чуть реже назначались фуросемид, урапидил и метопролол.

0203

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Даушева А.Х., Лебедев П.А.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара

Цель. Оптимизация диагностики сердечно-сосудистогоремоделирования у больных бронхиальной астмой (БА).

Методы исследования. Обследовано 58 больных БАперсистирующего течения (средний возраст 37,21±2,11 лет), продолжительностью заболевания 9,30±1,17лет. 1 группу составили 21 больных легкой БА, 2 группу — 20 больных БА средне-тяжелого и 3 группу — 17 больных БА тяжелого течения (GINA,2011). Группу контроля составили 20 практически здоровых человек, сопоставимых по полу, возрасту, индексу массы тела, без признаков нарушения продольной функции миокарда желудочков. Степень дисфункции эндотелия (ДЭ)определяли с помощью компьютерной фотоплетизмографии (ФПГ) по показателю функции эндотелия (ПФЭ) на 3 минуте ишемической пробы. Эхокардиографические параметры былиоценены по стандартному протоколу ACC/AHA/ASE (2003), дополненного исследованием в режиме тканевой миокардиальнойдопплерографии, свизуализацией продольной кинетики правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков на аппарате Vivid 7 Pro(GeneralElectrics, США).Регистрировались параметры продольной кинетики желудочков — скорость раннего диастолического движения фиброзного кольца (Em), скорость позднего диастолического движения (Am), отношение Em/Am, скорость систолической волны (Sm).

Полученные результаты. Показатели реактивности артерий в ходе ишемической пробы были достоверно ниже в группе больных.Отмечено достоверноеснижение ПФЭ в группе больных БА по сравнению с группой здоровых (p<0,001). Степень ДЭ определялась соответственно тяжести заболевания(9,14±1,22%; 5,18±1,34%; 0,71±1,37%, p<0,001). Анализ продольной кинетики сердца выявил в группах больных БА по мере прогрессирования заболевания снижение показателей Em/Am ПЖ (1,06±0,07; 0,98±0,06; 0,74±0,05,p< 0,001). Достоверных изменений Sm ПЖ в обследованных группах не отмечалось, что указывало на отсутствие систолической дисфункции ПЖ.Отношение Em/Am ЛЖ было достоверно ниже только в группе тяжелой БА в отличие от здоровых (0,95±0,10,p<0,001). Уровень легочной гипертензии был умеренным в группе больных БА средне-тяжелого и тяжелого течения (СрДЛА 21,24±2,11и 34,31±2,03мм.рт.ст. соответственно, p<0,001). Гипертрофия и дилатация ПЖ нами выявлена только в группе тяжелой БА. Толщина передней стенки ПЖ и конечно-диастолический размер (КДР) ПЖ в 3 группе достоверно отличались от 1 и 2 группы (p< 0,001, соответственно).ПФЭ коррелировал с Em/Am ПЖ (r=0,60, p<0,001), Em/Am ЛЖ (r=0,43, p<0,001),СрДЛА (r=-0,44, p<0,001), толщинойпередней стенки ПЖ (r=-0,56, p<0,001), КДР ПЖ(r=-0,47, p<0,001).

Заключение.Ранняя скрининговая диагностикасердечно-сосудистогоремоделирования у больных с бронхообструктивной патологией легких позволяет прогнозировать риск кардиоваскулярных осложнений.

0204

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Демдоуми Н. Ю,.Кмито Н.Л, Елгина Л. П., Замиралов К.А.

ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России, кафедра госпитальной педиатрии, зав. кафедрой доцент, к.м.н. Демдоуми Н. Ю.

БУЗОО «Клинический родильный дом № 1», г. Омск, главный врач С.В. Николаев.

Цель работы: исследование различных методов закрытия ГЗ ФАП у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Материал и методы исследования: нами было проведено обследование находившихся на лечении в отделении реанимации недоношенных детей, рожденных при сроках гестации от 25 до 28 недели, всего 61 ребенок, дожившие до 7 суток жизни.

Результаты: из 61 ребенка 13 (21,3%) детей погибли в позднем неонатальном и постнатальном периодах.

Основной причиной смерти недоношенных с ЭНМТ в позднем неонатальном периоде были в 46,1% внутрижелудочковые кровоизлияния, в 53,8% неспецифические энтероколиты. В постнатальном периоде-перивентрикулярные лейкомаляции в 30,7% и в 7,6% осложнения, связанные с БЛД. Среди выживших в позднем неонатальном периоде 41,6% недоношенных перенесли ВЖК, 16,6% — НЭК, в постнатальном периоде основным заболеванием были БЛД-70,8% и ретинопатиии -70,8%, ПВЛ встретилась в 25% случаев.

Все недоношенные получили в первые часы жизни после рождения сурфактант в обычной дозе, кроме того ,10 недоношенным трехкратно вводился препарат Педеа по известной схеме. Введение препарата способствовало раннему снятию с искусственной вентиляции легких (417 и 166 час.), меньшему числу осложнений в неонатальном и постнатальном периодах , в то время как в группе детей не получивших лечение препаратом Педеа в неонатальном периоде гораздо чаще встретились осложнения в виде НЭК (25,5%), ВЖК(47,1%), а в постнатальном периоде был отмечен больший удельный вес детей ретинопатиями (59,6%), бронхо-легочной дисплазией (56,9%) и перивентрикулярной лейкомаляцией (27,5%).

Нами также проведено сравнительное исследование частоты позитивных исходов после введения препарата «Педеа» и после проведения клипирования в условиях кардиохирургического отделения (клипирование проводилось после 21 дня жизни недоношенного). Выявлено, что введение препарата «Педеа» в раннем неонатальном периоде имеет более высокую частоту позитивных исходов у недоношенных с ЭНМТ, чем проведение клипирования в поздние сроки неонатального периода.

Выводы: введение препарата Педеа курсом в течение 3 дней после рождения недоношенного имеет более позитивное влияние на уменьшение частоты негативных исходов, чем клипирование в позднем неонатальном периоде.

Постнатальная профилактика ГЗ ФАП должна проводиться своевременно и в полном объеме, что позволит избежать опасных для жизни осложнений у недоношенных ЭНМТ И ОНМТ.

0205

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ С УЧЕТОМ ВЫРАЖЕННОСТИ КОРОНАРНОГО СТЕНОЗА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Дементьева Н.В., Петелина Т.И., Мусихина Н.А.

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

Цель работы: оценить параметры липидного спектра и воспалительных маркеров у пациентов со стабильной стенокардией с учетом выраженности коронарного стеноза.

Материалы и методы: обследовано 89 пациентов (мужского и женского пола) среднего возраста 60,1±9,2 лет со стабильной стенокардией. По результатам селективной коронароангиографии (КАГ) выделены три группы: 1 группа (28 пациентов) — с интактными коронарными артериями, 2 группа (23 пациента) — с наличием одососудистого гемодинамически значимого коронарного (ГЗКС 75% и более поражение коронарной артерии) и 3 группа (38 пациентов) — с ГЗКС двух и более коронарных артерий.

Исследование проводилось на фоне приема стандартной терапии — ингибиторы-АПФ, β-адреноблокаторы, антиагреганты, статины и пероральные сахароснижающие препараты для пациентов с сахарным диабетом. КАГ выполняли по стандартной методике M. Judkins (1967 год). Исследованы значения параметров липидного обмена: общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотностей (ЛПВП, ЛПНП и ЛПОНП), аполипопротеинов A-I, B (Апо A-I, Апо B), липопротеина а (ЛП (а)); маркеров воспаления: высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP), интерлейкина-1β, -6, -8 (ИЛ-1β, -6, -8), фактора некроза опухоли–α (ФНО-α) и гомоцистеина, растворимого CD40 — лиганда (sCD40 L), рецептора CD40 и матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9), тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 (TIMP-1); эндотелина-1 и нитритов.

Результаты: Во всех группах повышение стажа СД 2 типа и табакокурения сопровождалась тенденцией к повышению выраженности коронарного стеноза. В 3 группе пациентов зарегистрировано нарушение липидного профиля с тенденцией к более значимым уровням атерогенных параметров: ИА, ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, ЛП (а), Апо B/Апо A–I; гиперактивации воспалительных маркеров: hs-CRP, ФНО-α, ММР-9, гомоцистеин; дисфункции эндотелия: эндотелин-1. Методом корреляционного анализа определены в 1 группе обратные взаимосвязи hs-CRP с Апо A-I и ЛПВП; ИЛ-6 и ЛПВП; прямые связи средней силы: эндотелина-1 с hs-CRP, ФНО-

α и ИЛ-6; длительностью течения ИБС и СД 2 типа с hs-CRP. Во 2 группе: hs-CRP с ОХС, ЛПОНП и ТГ; ФНО-α и ИА. В 3 группе: CD40 с ЛП (а). Во 2 группе методом бинарной логистической регрессии обнаружено, что при снижении уровня Апо А-I на 1 мг/дл риск возникновения ГЗКС увеличивается на 7,7% (отношение шансов 0,9; 95% доверительный интервал 0,9-1,0 и p=0,01).

Выводы: у пациентов со стабильной стенокардией выявлена достоверная закономерная динамика прироста концентрации атерогенных параметров, активации системного и местного воспалительного ответов с учетом выраженности коронарного стеноза. При снижении уровня Апо А-I на 1 мг/дл риск возникновения ГЗКС увеличивается на 7,7%.

0206

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНА ТРАНСПОРТЕРА ABCA1 И УРОВЕНЬ БЕЛКА ABCA1 В МАКРОФАГАХ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Демина Е.П.,[1] Мирошникова В.В.,[1] Майоров Н.В.,[2] Давыденко В.В.,[2] Шварцман А.Л.[1]

[1]Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова, Гатчина, Ленинградская обл.,
[2]Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом, по данным эпидемиологических исследований, являются основной причиной смерти во всем мире, в том числе и в России. На молекулярно-клеточном уровне ключевым компонентом в атерогенезе является накопление внутриклеточных липидов и снижение уровня антиатерогенных липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). Транспортер ABCA1 является одним из основных факторов, определяющих уровень антиатерогенных ЛПВП в плазме крови и принимающих активное участие в удалении холестерина из периферических тканей. Однако влияние экспрессии гена ABCA1 и уровня белка ABCA1 в макрофагах в развитии атеросклероза остается практически неизученным.

Группа пациентов состояла из 11 человек с атеросклерозом, подтвержденным ангиографическим исследованием. Контрольная группа состояла из 11 человек без сердечнососудистых заболеваний в анамнезе и соответствовала группе пациентов по полу и возрасту. Методом полимеразной цепной реакции в реальном времени определяли содержания мРНК гена ABCA1 в макрофагах, культивированных в течение 5 сут с колониестимулирующим фактором макрофагов M-CSF.

Уровень мРНК ABCA1 у пациентов с артериальным стенозом был повышен по сравнению с контрольной группой (p = 0.04). Согласно результатам вестерн-блоттинга в макрофагах у этих пациентов содержание белка ABCA1 было ниже, чем в контрольной группе (p = 0.01). Таким образом, наши результаты показывают, что уровень мРНК ABCA1 и уровень белка ABCA1 в макрофагах могут оказаться значимыми факторами в развитии атеросклероза.

0207

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Демочко Е.А., Минушкина Л.О.

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ, Москва, Российская Федерация

Цель исследования. Оценка ассоциации уровня биомаркеров с клиническими особенностями и эхокардиографическими параметрами у больных, страдающих сочетанием ишемической болезни сердца и ХОБЛ.

Материал и методы исследования. Обследовано 45 (37 мужчин и 8 женщин) больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших инфаркт миокарда (ИМ). 17 больных из данной группы страдали сочетанием ИБС и ХОБЛ (основная группа), 28 больных только ИБС (контрольная группа). Средний возраст больных составил 71,8±2,21 год.

Всем больным проводилось ЭхоКГ с определением размеров предсердий, правого и левого желудочка,

оценкой массы миокарда левого желудочка, оценкой систолической и диастолической функции миокарда, расчетом давления в легочной артерии. Оценку ФВД проводили с помощью спирографа СП-3000. Степень выраженности симптомов у пациентов с ХОБЛ оценивали с помощью теста оценки ХОБЛ (CAT). Проводилась оценка функционального класса СН по шкале ШОКС. Исследование уровня эритропоэтина, мозгового натриуретического пептида (НУП), С-реактивного белка, фибриногена проводилось в лаборатории ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ.

Результаты. При сравнении основных клинических характеристик оказалось, больные основной и контрольной группы были сопоставимы по полу, возрасту, наличию АГ, курению, основным эхокардиографическим параметрам. Больные основной группы имели достоверно более высокий уровень НУП (107,1±15,34 пг/мл и 81,8±26,43 пк/мл, p=0,023), и эритропоэтина (11,7±2,09 мЕд/мл и 9,1±0,92 мЕд/мл, p=0,037). В целом, в обследованной группе отмечалась прямая тесная корреляция между уровнем эритропоэтина и средним давлением в легочной артерии (r=0,832, p=0,010). Корреляции уровня эритропоэтина с другими эхокардиографическими характеристиками, параметрами ФВД, клиническими особенностями выявлено не было. В целом по группе уровень НУП показал сильную отрицательную корреляцию с объемом правого предсердия (r=-0,775, p=0,035). У больных, страдающих только ИБС, выявлена сильная положительная корреляция уровня НУП с функциональным классом по ШОКС (r=0,983, p<0,00001). У больных, страдающих ИБС и ХОБЛ, такой ассоциации выявлено не было.

Вывод. Повышение уровня эритропоэтина может быть маркером формирования легочной гипертензии у больных с ИБС и ХОБЛ. Клиническая значимость шкалы ШОКС и оценки уровня НУП может изменяться при наличии сочетанной сердечно-сосудистой и легочной патологии.

0208

РЕАКЦИЯ СЕРДЦА НА ПОСТУРАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ КРОВОТОКА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ТЕМПЕРАТУР ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Дерновой Б.Ф.[1], Никифоров В.С.[2]

[1]ФКУЗ Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел РФ по Республике Коми, г. Сыктывкар; [2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, г. Санкт-Петербург; Россия

Целью исследования явилось изучение интракардиальной реакции на постуральное изменение периферического кровотока человека в контрастные по температуре периоды года на севере России.

Материалы и методы исследования. В июне, когда средняя температура составляла 15,7°С и в феврале при средней температуре окружающей среды –15,8°С, на одной и той же группе молодых мужчин (n=7) в возрасте от 20 до 24 лет изучалась ответная реакция кардиогемодинамики на постуральное изменение гемоциркуляции в организме. Исследование проводилось поэтапно в трех положениях. Исходное положение тела — стоя. Далее на первой минуте изменения положение тела в пространстве с использованием функциональной активной ортоклиностатической (ОКП) и клиноортостатической (КОП) пробы. Эхокардиография выполнялась с помощью ультразвукового сканера «Sonoace 8000EX» фирмы Medison (Корея), датчиком 3,5 мг. Артериальное давление измерялось на аппарате Omron M1 Plus, Япония.

Результаты исследования. В реакции на ОКП, когда понижается периферическое гемодинамическое сопротивление, по сравнению с исходными величинами вне зависимости от сезона года выявлено снижение диастолического артериального давления и ЧСС (P<0,001). При этом отмечалось увеличение линейной скорости трансаортального кровотока и ударного объема (P<0,001). При этом компенсаторное снижение ЧСС на 22% не ограничивает увеличение (P<0,01) производительности сердца — минутного объема кровообращения, которое в большей мере было связано с увеличением объемной скорости кровотока в аорте. В условиях КОП, когда повышается периферическое гемодинамическое сопротивление, отмечено снижение линейной и объемной скорости кровотока в аорте (P<0,001) и, как следствие, уменьшение ударного объема (P<0,001), а компенсаторная реакция системной гемодинамики сопровождалась повышением систолического и диастолического артериального давления (P<0,01). Отмечено, что перестройка кардиогемодинамики в первую минуту исследования, не сопровождалась компенсаторным хронотропным эффектом сердечной деятельности. По-видимому, сниженные (P<0,001) больше зимой в положении клиностаза ударный объем и минутный объем кровообращения компенсируются «отсроченной» во времени хронотропной реакцией сердца и недостаточ-

ной мобилизацией механизма гетеро- и гомеометрического миогенного контура ауторегуляции сердца в первую минуту приспособления кардиогемодинамики к ортостатическому изменению положения тела при КОП.

Выводы. Обнаружена функциональная инертность хронотропного и миогенного механизма ауторегуляции сердца человека в период постурального повышения периферического гемодинамического сопротивления, более выраженная в сезон низких температур воздушной среды.

0209

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР НЕСТАБИЛЬНОСТИ В КОРОНАРНОЙ СИСТЕМЕ

Джумаева М.Дж., Олимов Н.Х., Рахмонов Х.Э., Элтаназаров М.Д.

Республиканский клинический центр кардиологии Республики Таджикистан

Цель исследования: оценить степень изменений показателей калликреин-кининовой системы (ККС) крови у больных постинфарктным кардиосклерозом с безболевой формой ишемии миокарда (БИМ).

Методы исследования. Фактическим материалом исследований послужило обследование 50 больных постинфарктным кардиосклерозом с БИМ, проходивших стационарное лечение в кардиологическом центре г. Душанбе.

Состояние ККС крови оценивали по содержанию калликреина (КК), прекалликреина, А1-антитприпсина, А-2 макроглобулина биологическим методом (Суровикина М.С., 2005). Исследование показателей ККС проводилось в динамике стационарного лечения (при поступлении на 1-3 сутки; и на 1-12 сутки пребывания в стационаре).

Результаты исследований свидетельствуют о том, что задолго до развития нестабильности в коронарной системе у больных постинфарктным кардиосклерозом с БИМ, регистрируется повышенная активность калликреин-кининовой системы. Это выражается в увеличении КК, снижении кининобразующего компонента — прекалликреина и снижении ингибиторной емкости КК. Это обстоятельство позволяет отнести калликреин-кининовую систему крови к системе «быстрого реагирования» на патологические изменения в организме человека, причем степень изменения баланса кининов зависит от глубины поражения, степени ишемии миокарда и наличия осложнений. По результатам наших исследований и литературных сведений практического врача должно настораживать состояние массивного кининогенеза, значительное снижение ингибиторной активности КК с первых дней заболевания, поскольку это является прогностически неблагополучным признаком и может быть следствием развития нестабильности в коронарной системе, осложнений, и в том числе, внезапной смерти.

Заключение: Сложная организация кининовой системы крови, позволяющая быстро реагировать и контролировать метаболизм может быть использована в практической деятельности. Изменения компонентов ККС системы крови (быстрое и массивное их образование, а также быстрое их исчезновение) в биохимической регуляции может быть фактором-предиктором нестабильности в коронарной системе у больных постинфарктным кардиосклерозом с БИМ. В каждодневной практической деятельности врача кардиолога исследование кининовой системы крови представляется весьма трудоёмким и дорогостоящим анализом, но вполне оправдывающим себя в тактике ведения пациентов в постинфарктном периоде с БИМ, с целью доклинической диагностики реинфаркта, профилактики его осложнений с помощью своевременной и адекватной коррекции ККС.

0210

ЭКСПРЕСС СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ R-R КАРДИОИНТЕРВАЛА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Джумаева М.Дж., Олимов Н.Х., Рахмонов Х.Э., Элтаназаров М.Д.

Республиканский клинический центр кардиологии Республики Таджикистан

Цель исследования. Выявить группы больных с повышенным риском развития аритмий, летального исхода у больных постинфарктным кардиосклерозом с безболевой формой ишемии миокарда (БИМ) по данным

экспресс спектрального анализа R-R кардиоинтервала.

Материал и методы. Обследовано 150 пациентов, из них 99 мужчин (66%) и 51 женщин (44%). Средний возраст обследованных больных составил 59,5±10,5 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании критериев ВОЗ. Q — инфаркт диагностирован у 73,3% (n=110) и не Q — инфаркт у 26,7% больных (n=40). Передняя локализация инфарцирование выявлена у 82% больных (n=123) и задняя стенка у 18% пациентов (n=27).

Базовым измеряемым параметром явилась длительность R-R интервала. Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения. Выделение последовательности R-R и последующая обработка данных проводилась цифровым методом on line по специальной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М., 1998, 2008). Фрактальная оценка (β) флюктуаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4{,}0x10^{3}$...$4{,}0x10^{1}$Гц (ультранизкие частоты –экстракардиальная регуляция). Помимо β, вычисляли среднее значение R-R интервала –вариабельность сердечного ритма- δRR, спектра мощности в высокочастотном (ВЧ) и низкочастотном диапазоне (НЧ).

Результаты. Структура НЧ флюктуации кардиоинтервала у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом с безболевой формой ишемии миокарда существенно отличаются от контроля (β=0,95±0,12, δ=41±4мс, НЧ=0,30±0,04, ВЧ=0,20±0,06 группа контроля p=0,05). На фоне постинфарктного кардиосклероза с проявлениями БИМ все параметры достоверно снижались: β=0,48±0,13, δ=18±6мс, НЧ=0,23±0,02, ВЧ=0,12±0,03., а у больных с осложненным течением (проявлениями недостаточности кровообращения) эти параметры значительно уменьшались: β=0,20±0,06, δ=08±04мс, НЧ=0,15±0,02, ВЧ=0,06±0,02. Анализ показателей больных с летальным исходом (n=16), показал, что для этих больных характерна выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению всех параметров, и у всех пациентов были зафиксированы желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну — Вольфу, а также преобладание симпатической активации.

Выводы. Таким образом, контроль за спектральными показателями может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости экстракардиальной регуляции, выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития летального исхода, жизнеугрожающих аритмий и выбрать своевременную терапию.

0211

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ И СТАЦИОНАРА

Дзускаева З. О., Еналдиева Р.В., Амбалова С.А., Антониади И.В.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ, Россия

Оксид азота является основным вазодилататором, препятствующим тоническому сокращению сосудов, что очень важно для обеспечения нормального внутреннего кровотока у больных гипертонической болезнью (ГБ). Динамику уровня его метаболитов в крови (нитритов и нитратов) можно использовать для контроля эффективности лечения этих больных.

Цель работы — определение эффективности лечения больных ГБ по динамике уровня оксида азота в сыворотке крови больных, получающих антигипертензивную терапию ингибиторами АПФ и β-адреноблокаторами в условиях кардиологического отделения.

Материал и методы. Обследовали 47 человек: 25 больных гипертонической болезнью (17 женщин и 8 мужчин) среднего возраста 51,3±2,1 лет и длительностью заболевания 8,5±2,1 лет и 19 практически здоровых лиц контрольной группы (КГ), сопоставимых с больными по полу, возрасту и антропометрическим данным. Об уровне оксида азота (NO) судили по суммарному содержанию нитратов и нитритов, которые определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа реактивом Грисса при поступлении в стационар и через 10-12 дней лечения. Среди госпитализированных больных 87,3% пациентов получали терапию антигипертензивными препаратами в условиях поликлиники и были госпитализированы в связи с недостаточным

контролем уровня АД. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Excel.

Результаты. При анализе данных физикального обследования больных ГБ при поступлении в стационар было выявлено достоверное повышение цифр АД: систолическое артериальное давление до 156,2±9,2 мм рт.ст. (p<0,05), диастолическое давление — до 97,3±3,4 мм рт.ст. (p<0,05), среднее АД — до 117,5±7,7 мм рт.ст (p<0,05). При исследовании уровня оксида азота было установлено, что при поступлении у больных ГБ содержание NO было достоверно ниже, чем в контрольной группе — 23,7±3,6 мкМ против 35,1±1,5 мкМ (p<0,001). В динамике лечения выявлено достоверное повышение уровня оксида азота до 57,9±4,1 мкМ (p<0,001), что клинически проявилось улучшением самочувствия больных, снижением цифр АД, нормализацией частоты пульса и улучшением переносимости физических нагрузок.

Выводы. При госпитализации у больных ГБ выявлен низкий уровень оксида азота, что свидетельствует о развитии у них эндотелиальной дисфункции. Прием антигипертензивных препаратов в стационаре даже коротким курсом (до 14 дней пребывания в отделении) позволяет эффективно снизить повышенное артериальное давление за счет улучшения эндотелиальной функции и повышения уровня оксида азота. Недостаточный контроль уровня АД на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения, по-видимому, в большей степени связан с низкой приверженностью (комплайнса) больных к выполнению назначений врачей в условиях поликлиники несмотря на совершенствование образовательных программ для больных, что согласуется с литературными данными.

0212

ВЛИЯНИЕ МИЦЕЛЛЯРНОЙ ФОРМЫ ЛИКОПИНА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ

Довгалевский П.Я., Клочков В.А., Чалык Н.Е, Ансимова О.М., Радаева И.Ю. ФГБУ «СарНИИК» Минздрава России. Petyaev I., Lycotec Ltd., Кембридж (Великобритания)

В предыдущих работах была показана преимущественная эффективность фармацевтической формы ликопина — так называемого лактоликопина над обычным масляным раствором этого антиоксиданта при коррективке липидного профиля у больных с гиперхолестеринемией.

Цель работы. Изучить сравнительную активность новой фармацевтической формы ликопина — мицеллярной разновидности лактоликопина и обычного ликопина у пациентов с нормальным повышенным артериальным давлением (АД) (предгипертонией) и сопутствующей дислипидемией.

Методы исследования. Были сформированы 4 группы пациентов (по 10 человек в каждой) с предгипертонией и нарушениями липидного обмена. Изучались уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеинов низкой плотности (ЛНП), высокой плотности (ЛВП). Критерием предгипертонии считался диапазон артериального давления 120-139 мм рт.ст. для систолического и 80-89 мм рт. ст. для диастолического. Ни один из пациентов не получал антигипертензивной терапии. Группа 1 получала ежедневно однократно капсулы, содержащие 70 мг очищенного молочного сывороточного протеина, вторая — 7 мг ликопина в растительном масле, третья — капсулы, содержащие мицеллы, состоящие из протеинового ядра и ликопиновой оболочки (7 мг ликопина и 70 мг протеина в каждой капсуле), 4 группа получала капсулы с плацебо.

Полученные результаты. Исходные показатели в группах был следующими: уровень ОХ в гр. 1 — 215±9,9, в гр. 2 — 212±10,2, в гр.3 — 209±9,1, в 4 гр. — 205±10,3 мг/дл; уровень ТГ в гр.1 — 147±10,1, в гр.2 — 145±9,4, в 3 гр. — 148±12,3, в 4 гр. — 142± 11,2 мг/дл; уровень ЛНП в 1 гр. -143±13,2, в гр.2 — 141±9,9, в гр.3 -149±11,8, в гр.4 -145±11,5 мг/дл; уровень ЛВП в гр. 1 — 40,7±1.2, в гр.2 — 38,4±1.3, в гр.3 — 39,6±1.1, в гр.4 — 40,3±1,3 мг/дл. Исходный уровень АД составил: в гр.1 — 137±9,7 / 86±5,7, в гр. 2 — 135±8.9 / 85,0±5.5, в гр. 3 — 138±8.8 / 84±5.9, в 4 ip. — 135±9,2 / 82±6,2. После месячного курса терапии по указанным схемам достоверная динамика изучаемых параметров наблюдалась лишь в группе пациентов, получавших капсулы с мицеллярной формой лактоликопина: ОХ — 182±8,6 (p < 0,05), ТГ — 97±9,8 (p < 0,01), ЛНП — 132±7,8 (p < 0,05), ЛВП — 44,5 (p < 0,05), уровень АД — 128±6,9 / 78±5,0 (p < 0,05).

Выводы. По сравнению с препаратами, содержащими аналогичные субстанции раздельно, мицеллярная форма лактоликопина показала большую эффективность в коррекции нарушений липидного обмена и регуляции сосудистого тонуса, по- видимому, за счет большей биодоступности.

0213

ОПЫТ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ В КЛИНИКЕ ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Довгалюк Ю.В., Мишина И.Е., Баклушин А.Е., Александрийская Н.Е., Белова В.В., Черняк А.С., Архипова С.Л., Кудряшова М.В.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Иваново

Цель: оценка результатов краткосрочной (21 день) кардиореабилитации больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и чрезкожные коронарные вмешательства (ЧКВ), в условиях дневного стационара восстановительного лечения клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России.

Методы исследования: для проведения комплексной 3-х недельной программы кардиореабилитации из первичных сосудистых центров г. Иваново были направлены 28 пациентов (19 мужчин и 9 женщин; средний возраст — 62,5± 1,8 лет): из них после перенесенного ОКС — 26 больных, после ЧКВ — 2. Основу индивидуальной программы физической реабилитации составляли комплекс ЛФК(20-30 минут), занятия на кардиотренажерах серии «KardioMed-700» общей продолжительностью до 60 минут ежедневно.

Полученные результаты: все 28 пациентов успешно завершили курс кардиореабилитации. Пройденная дистанция по результатам теста шестиминутной ходьбы возросла с 413,8 м при поступлении до 448 м при выписке, средняя мощность выполненной в ходе нагрузочной пробы нагрузки увеличилась с 141,7 Вт до 271,5 Вт. Средний уровень систолического артериального давления (САД) уменьшился с 149,8 мм рт.ст. до 116,4 мм рт.ст., диастолического (ДАД) — с 83,9 мм рт.ст. до 77,1 мм рт.ст. По завершении курса кардиореабилитации содержание общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов достоверно ($p<0,05$) снизилось, а холестерина липопротеидов высокой плотности достоверно ($p<0,05$) возросло.

Выводы: 3-х недельная программа комплексной кардиореабилитации больных, перенесших ОКС и ЧКВ, разработанная и осуществляемая на базе клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России не только увеличивает толерантность к физической нагрузке, но и приводит к дополнительному снижению САД и ДАД и нормализации липидного спектра крови.

0214

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ИБС

Дорофеева Г.Б., Дорофеев В.И.

ГБОУ ВПО Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Дорофеева Гулистан Бешимовна,

dorofeevagb@yandex.ru

+7 921 430 59 23

0215

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ

Драгомирецкая Н.А., Подзолков В.И., Гайдамакина Н.Е.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ГКБ №61, Москва, Россия

Цель: Изучить влияние длительной терапии периндоприлом на состояние инотропной функции сердца у больных с хроническими постинфарктными аневризмами.

Методы: В исследование включен 21 больной ИБС: постинфарктным кардиосклерозом с формированием хронической аневризмы левого желудочка и ХСН III-IV ФК по NYHA. До начала терапии и через 6 мес. лечения периндоприлом в дозе 2,5-5 мг/сут. проводилась оценка систолической и диастолической функции обоих

желудочков методом равновесной радиовентрикулографии (РРВГ) с посегментарным и фазовым анализом гистограмм по стандартной методике.

Результаты: У больных с больных с хроническими постинфарктными аневризмами методом РРВГ выявлены выраженные структурно-функциональные нарушения: снижение ФВ левого желудочка (ЛЖ) до 17,8±3,2% и правого желудочка (ПЖ) до 22,1±4,4% на фоне значительного расширения полостей обоих желудочков с нарушением скоростных показателей систолической и диастолической функции миокарда. После 6 месяцев лечения периндоприлом (в комплексной терапии с диуретиками, низкими дозами бета-адреноблокаторов, при необходимости — нитратами и антиагрегантами) наряду с улучшением клинического состояния больных и уменьшения ФК ХСН наблюдалась тенденция к увеличению общей фракции выброса обоих желудочков: ФВ ЛЖ — 22,6±4,8%, ФВ ПЖ — 24,4±13,3% (р — нд), с уменьшением размеров полостей обоих желудочков: КДО ЛЖ — с 327±42 до 315,4±38 мл, КСО ЛЖ — с 289±42 до 255±34 мл, КДО ПЖ — с 290±37 до 278±58 мл и КСО ПЖ — с 245±39 до 230±33 мл. При этом отмечено возрастание исходно значительно сниженных скоростных характеристик: максимальной скорости наполнения ЛЖ с 84,2±12 до 98,8±17 %/с, ПЖ — с 112±23 до 117±28 %/с и максимальной скорости изгнания ЛЖ — с 90,4±14,9 до 106,2±12,9%/с, ПЖ — с 110±19 до 137±23%/с. Этому также сопутствовало улучшение характеристик локальной сократимости миокарда обоих желудочков.

Выводы: У больных с хроническими постинфарктными аневризмами и ХСН III-IV ФК NYHA при РРВГ выявлены значительные структурно-функциональные нарушения обоих желудочков, проявляющиеся нарушениями систолической и диастолической функции. Отмечено достоверное и значимое снижение общей ФВ, расширение полостей с увеличением КДО и КСО, уменьшение скоростных показателей наполнения и изгнания левого и правого желудочков. После 6 месяцев терапии периндоприлом наблюдалась отчетливая тенденция к улучшению показателей общей и локальной сократимости миокарда обоих желудочков.

0216

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ

Драгомирецкая Н.А., Подзолков В.И., Гайдамакина Н.Е.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ГКБ № 61, Москва, Россия

Цель: Изучить влияние терапии периндоприлом на состояние локальной сократимости миокарда у больных с хроническими постинфарктными аневризмами.

Методы: В исследование включен 21 больной ИБС: постинфарктным кардиосклерозом с формированием хронической аневризмы левого желудочка и ХСН III-IV ФК по NYHA. Проводилась оценка динамики систолической и диастолической функции левого и правого желудочков на фоне 6 месячной терапии периндоприлом методом равновесной радиовентрикулографии (РРВГ) с посегментарным и фазовым анализом гистограмм по стандартной методике.

Результаты: При оценке состояния миокарда левого (ЛЖ) и правого желудочков (ПЖ) у больных ИБС с хроническими постинфарктными аневризмами методом РРВГ выявлены выраженные структурно-функциональные нарушения в виде снижения ФВ ЛЖ до 17,8±3,2% и ФВ ПЖ до 22,1±4,4% на фоне значительного расширения полостей и снижения скоростей изгнания и наполнения. После 6 месяцев лечения периндоприлом в дозе 2,5-5 мг/сут (в комплексной терапии с диуретиками, бета-адреноблокаторами, при необходимости — нитратами и антиагрегантами) наряду с улучшением клинического состояния больных наблюдалась тенденция к уменьшению размеров полостей обоих желудочков с улучшением скоростей наполнения и изгнания, что сопровождалось увеличением ФВ ЛЖ с 17,8±3,2 до 22,6±4,8% и ФВ ПЖ — с 22,1±4,4 до 24,4±13,3% (р — нд).

У больных с хроническими аневризмами в ЛЖ было выявлено преобладание зон с нарушенной локальной сократимостью: 10% сегментов ЛЖ соответствовали зонам дискинезии, 55% — акинезии, 14% — гипокинезии. Количество зон нормокинезии было снижено до 21%. Локальная сократимость ПЖ также была значительно нарушена: количество зон акинезии достигало 32%, гипокинезии — 37%, дискинезии — 4% со снижением доли нормокинетичных сегментов до 27%. Через 6 месяцев терапии зафиксирована положительная динамика в виде увеличения количества зон номокинезии до 29% и гипокинезии до 18% за счет уменьшения доли акинетичных сегментов до 44%. В ПЖ количество зон нормокинезии увеличилось до 33% на фоне уменьшения зон гипокинезии — до 35%, а акинезии — до 29% (р — нд). Индекс нарушения локальной

сократимости, значительно повышенный до лечения, на фоне терапии имел тенденцию к снижению — в ЛЖ с 2,63±0,7 до 2,58±0,6, в ПЖ — с 2,07±0,42 до 1,93±0,4 (р — нд), характеризуя частичное восстановление локальной сократимости обоих желудочков.

Выводы: У больных с хроническими постинфарктными аневризмами при РРВГ выявлены значительные нарушения систолической и диастолической функции обоих желудочков с выраженными нарушениями локальной сократимости миокарда обоих желудочков. После 6 месяцев терапии периндоприлом наблюдалась отчетливая тенденция к улучшению показателей локальной сократимости миокарда обоих желудочков, что выражалось увеличением зон нормокинезии за счет уменьшения зон с нарушенной локальной сократимостью и уменьшением индекса нарушения локальной сократимости.

0217

О СОСТОЯНИИ ПСИХО — ЭМОЦИОНАЛЬНОГО, ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Дробот Е.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель настоящего исследования — проанализировать особенности психо –эмоционального, гемодинамического и вегетативного статуса у студентов с синдромом вегетативной дисфункции (СВД).

Материалы и методы Методом случайной выборки был протестирован 81 человек в возрасте от 22 до 26 лет. Посредством тетраполярной реографии изучали параметры центральной гемодинамики. О характере вегетативной регуляции судили по результатам вариационной пульсометрии — рассчитывали индекс вегетативной регуляции. Оценку состояния вегетативной нервной системы проводили по стандартизованному опроснику диагностики вегето-сосудистой дисфункции. Для исследования психо-эмоционального статуса и личностных особенностей использовались: опросник субъективной оценки тревоги Тейлора, тесты мотивации к успеху, характеристика амбициозности, стиль поведения в ситуации конфликта Т.Килмана.

Анализ результатов исследования показал, что СВД характерен для 85% студентов. Гипокинетический тип кровообращения зарегистрирован у 48 человек (69%), эукинетический у 7 человек(10%) и гиперкинетический у 14 (20%). Далее установлено, что у лиц с СВД с кардиальными жалобами — 21 человек преобладала парасимпатикотония. А у 48 человек с преимущественно васкулярными проявлениями СВД наблюдалась высокая симпатическая активность. Анализ особенностей психо-эмоционального статуса свидетельствует, что лиц с СВД у которых преобладали кардиальные жалобы, характеризует умеренная и низкая мотивация к успеху, средний уровень тревоги, у них практически отсутствовали амбиции. При оценке стиля поведения в конфликтной ситуации у данной категории респонддентов преобладал стиль поведения избегание и приспособление. В то время как, у студентов, с васкулярными проявлениями СВД наряду с высоким уровнем тревоги, была умеренная и высокая мотивация к успеху, высокий уровень амбициозности, чаще всего они правильно оценивали ситуацию и конструктивно решали проблему. Стили поведения в конфликтной ситуации — в большинстве случаев компромисс и соперничество.

Таким образом, особенности психо-эмоционального, гемодинамического и вегетативного статуса у больных СВД взаимообусловлены и сопряжены с формой заболевания.

0218

ЭНДОГЕННЫЕ И ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ

Дробот Е.В., Горбань В.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования — изучить факторы риска формирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у студентов в сопряжённости с некоторыми аспектами их образа жизни.

Материалы и методы. Проведено добровольное анкетирование 154 студентов Кубанского государствен-

ного медицинского университета в возрасте от 22 до 28 лет (средний возраст 23,3±3,3 лет) с целью выяснения наследственной отягощённости по ССЗ, наличия вредных привычек, определения двигательной активности, характера питания. У всех анкетируемых проводили оценку риска развития дислипидемий с дальнейшим расчётом профилактического индекса диеты (ПИД). Для исследования уровня тревоги у студентов использовали опросник Тейлора. Также определяли скрининговые антропометрические данные студентов (рост, вес).

Результаты. Распространённость наследственной отягощённости по ССЗ, включая инфаркт миокарда, мозговые инсульты, стенокардию, артериальную гипертензию составила 59%. Анализ физической активности анкетируемых показал, что занимались физическими упражнениями 2-3 раза в неделю или чаще всего 33% студентов. Регулярно курили 12% респондентов, эпизодически 9%. Хронический нервный стресс испытывали 56% молодых людей, работали в ночное время 34%.

Оценка трофологического статуса показала, что 73% студентов имели индекс массы тела в пределах нормы, избыточная масса тела была зарегистрирована в 12%, дефицит массы тела в 15%. Анализ характера питания студентов свидетельствовал о достаточно высокой его атерогенности. Так среднее значение ПИД составило 0,79 балла. Низкий уровень ПИД был диагностирован в 74%,средний уровень ПИД в 16% и высокий уровень был выявлен у 10% студентов. Распространённость высокой атерогенности диеты, сопряжённой с избыточным потреблением продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином («пищевой риск 1» дислипидемий), составила 24,3%. Высокая атерогенность питания, ассоциированная с низким потреблением продуктов, богатых растительной клетчаткой и сложными углеводами («пищевой риск 2» дислипидемий) составила 74%.

Исследование уровня тревоги у студентов показало, что на момент проведения анкетирования высокий уровень субьективной тревоги был характерен для 29% респондентов, средний с тенденцией к высокому для 56% и средний с тенденцией к низкому для 15%.

Таким образом, среди факторов, потенцирующих развитие ССЗ выявлен значительный удельный вес таких как наследственная отягощённость по ССЗ, психо-эмоциональное напряжение, работа в ночное время, не достаточная физическая активность и атерогенный тип питания.

0219

СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Дробот Е.В., Горбань В.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар,Россия

Цель исследования — проанализировать структуру и распространённость патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) у пациентов амбулаторного приёма в зависимости от степени риска формирования у них сахарного диабета 2 типа (СД).

Материал и методы. Для реализации поставленной цели методом случайной выборки нами было проведено добровольное анкетирование 69 человек (44 женщины и 25 мужчин) в возрасте от 55 до 74 лет (средний возраст 63±4,2 года), обратившихся на амбулаторный приём. На этапе скрининга, в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации по изучению СД 2, все обследуемые заполняли опросник FINnish Diabetes Risk Score, который используется для определения риска развития СД 2 типа в течение 10 летнего периода. Также проводился анализ амбулаторных карт пациентов с целью выявления у них патологии ССС.

На основании результатов анкетирования, у респондентов был определён риск развития СД 2 тип. Так, низкий риск СД имели 33% опрошенных, слегка повышенный 24%, умеренный 14%, высокий 24% и очень высокий 5%. Анализ данных позволил проследить сопряжённость между степенью риска развития СД и частотой встречаемости заболеваний ССС. Установлено что среди пациентов с низким риском развития СД артериальная гипертония (АГ) 1-2 степени встречалась в 21% случаев. В группе несколько повышенного и умеренного риска формирования СД АГ была установлена в среднем в 48±3,2% случаев, стенокардия напряжения в 24±2,5%, нарушение ритма и проводимости в 21±2,4%. У пациентов с высоким и очень высоким риском развития СД частота встречаемости патологии ССС была следующая АГ страдали в среднем 64±4,1% респондентов, стенокардия напряжения была выявлена в 32±2,2%, нарушение ритма и проводимости в 23±1,8%, нарушение мозгового кровообращения в 8±1,1%.

Таким образом результаты проведённого исследования позволили установить у пациентов взаимосвязь

между распространённостью, структурой патологии ССС и степенью риска развития СД 2 типа. Учитывая то, что наличие СД у больных с патологией ССС ухудшает течение и прогноз заболеваний, на амбулаторно-поликлиническом этапе необходимо проводить адекватные и своевременные мероприятия по выявлению риска формирования СД 2 типа.

0220

ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ И КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дроздецкий С.И., Кучин К.В, Бритов А.Н.

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучить индекс жизненного стиля пациентов с артериальной гипертензией (АГ) с учетом наличия тревожных нарушений и оценить анксиолитическую активность афобазола в составе комплексной терапии.

Материалы и методы: обследовано 100 пациентов мужского пола с АГ в возрасте от 20 до 75 лет. Кроме стандартных методов обследования использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) и методика определения актуализации подсознательных механизмов психологической защиты (МПЗ) (Индекс жизненного стиля). Пациентам с наличием тревожных расстройств в дополнение к адекватной гипотензивной терапии назначался афобазол по 10 мг 2 раза в день в течение месяца. Количественные признаки представлены как среднее и стандартное отклонение от среднего. Использовались критерии Стьюдента, χ^2 , Мак-Нимара.

Результаты: Распространенность тревожных расстройств в обследованной группе больных АГ составила 35%. Среди пациентов с АГ и тревогой отмечено более высокое напряжение системы подсознательных МПЗ в сравнении с пациентами без тревоги (42% против 37% при p=0,02). Достоверные разница в актуализации МПЗ между пациентами с тревогой и без нее получены для механизмов «Регрессия» (4,5±2,3 против 3,3±1,8 балла при p<0,01) и «Проекция» (9,6±2,3 против 7,7±3,0 балла при p<0,01). По истечению месяца активной терапии удалось снизить распространенность тревожных расстройств с 35% до 11% (p<0,01). В группе пациентов, не достигших целевых значений по госпитальной шкале тревоги, отмечалась более высокая распространенность сочетанных тревожно-депрессивных нарушений (75% против 17% при p<0,01). Кроме того, для них оказалась характерна большая актуализация МПЗ «Замещение» (5,1±3,0 против 2,3±2,1 балла при p<0,01) и меньшее напряжение МПЗ «Интеллектуализация» (4,4±1,6 против 6,6±2,2 балла при p<0,01) и «Реактивные образования» (2,0±2,0 против 5,0±2,4 балла при p<0,01).

Выводы: Наличие тревоги у больных АГ ассоциировано с более высоким напряжение системы подсознательных МПЗ, преимущественно за счет механизмов «Регрессия» («детские» модели поведения) и «Проекция» (ретрансляция своих качеств на других индивидуумов). Превалирование 2-х из восьми возможных защит, может говорить о ригидности психических процессов у этой группы больных АГ. Применение в течение месяца анксиолитика афобазола в составе комплексной терапии способно приводить к снижению распространенности тревожных расстройств. Предикторами недостаточной эффективности анксиолитической терапии может служить гиперактуализация МПЗ «Замещение» (разряд отрицательных эмоций на более безопасные объекты окружающей реальности), за счет меньшего использования механизмов «Отрицание» (полная блокада негативной информации из внешнего мира), «Интеллектуализация» (подмена эмоций абстрактными рассуждениями) и «Реактивные образования» (поведение обратное испытываемым чувствам). Кроме того, афобазол менее эффективен в группе мужчин с артериальной гипертензией, имеющих сочетанное тревожно-депрессивное состояние.

0221

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ С НИЗКИМ И УМЕРЕННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Дружилов М.А., Отмахов В.В., Бетелева Ю.Е., Корнева В.А., Кузнецова Т.Ю.

ФГБОУ ВПО «ПетрГУ», Петрозаводск, Россия

Цель исследования: провести оценку вариабельности в течение суток скорости пульсовой волны в аорте у

нормотензивных лиц и анализ ее корреляции с параметрами кардиоваскулярного ремоделирования.

Методы. Обследовано 157 нормотензивных пациентов (116 мужчин, средний возраст 45,1±5,3 года) с низким и умеренным сердечно-сосудистым риском. Нормотензивными считали пациентов со среднесуточными показателями АД менее 130 мм рт. ст. для систолического АД (САД) и менее 80 мм рт. ст. для диастолического АД (ДАД) по данным суточного мониторирования АД (СМАД), не находящихся на какой-либо гипотензивной терапии. Выполнялись триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА), эхокардиографию, бифункциональное СМАД с оценкой показателей ригидности артерий (прибор BPlab «МнСДП-3», ООО «Петр Телегин»), анализ мочи на микроальбуминурию (МАУ).

Результаты. У 22-х человек (14%) выявлена атеросклеротическая бляшка (АБ) в сонных артериях (СА), в 47-ми случаях (29,9%) толщина комплекса «интима-медиа» (ТКИМ) СА превышала 0,9 мм. По данным эхокардиографии у 11-ти пациентов (7,0%) выявлена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), у 19-ти (12,1%) отмечались признаки диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ. В 11-ти случаях (7%) диагностирована МАУ. Оценивались среднесуточная и максимальная скорость пульсовой волны (СПВ) в аорте, а также показатель ее вариабельности. Среднесуточная СПВ в аорте по группе составила в среднем 7,6±0,6 м/с, максимальная СПВ в аорте — 10,2±2,1 м/с. Вариабельность СПВ (ВСПВ) в аорте составляла от 0,4 до 2,2 м/с, в среднем — 0,8±0,4 м/с. При достоверно больших значениях среднесуточной и максимальной СПВ в аорте у пациентов с наличием признаков субклинического поражения органов (СПОМ) такая же закономерность была выявлена для показателя ВСПВ в аорте. У пациентов с АБ в СА (1,1±0,4 м/с против 0,8±0,3 м/с, p<0,01); с ТКИМ СА, превышающей 0,9 мм (1,0±0,4 м/с против 0,8±0,3 м/с, p<0,05); с признаками ДД ЛЖ (1,1±0,5 м/с против 0,8±0,4 м/с, p<0,01); с МАУ (1,3±0,4 м/с против 0,8±0,3 м/с, p<0,01). Напротив, пациенты с ГЛЖ характеризовались достоверно меньшей ВСПВ в аорте: 0,7±0,3 м/с против 0,9±0,4 м/с, p<0,05. Нами проанализированы значения параметров кардиоваскулярного ремоделирования в зависимости от превышения определяемой у пациентов ВСПВ в аорте выбранной пороговой величины 1,0 м/с. У пациентов с ВСПВ в аорте, превышающей 1,0 м/с (n=38), определялись достоверно более высокие значения ТКИМ СА (0,97±0,25 мм против 0,83±0,23 мм, p<0,01), чаще выявлялись АБ в СА (36,8% против 6,7%, p<0,01), МАУ (23,7% против 1,7%, p<0,01) и признаки ДД ЛЖ (28,9% против 6,7%, p<0,01). При снижении пороговой величины ВСПВ в аорте исчезали статистически значимые различия указанных параметров.

Выводы. ВСПВ в аорте у нормотензивных лиц (45,1±5,3 лет) составила в среднем 0,8±0,4 м/с. ВСПВ в аорте более 1 м/с достоверно сочеталась с большей вероятностью наличия субклинического каротидного атеросклероза, МАУ и ДД ЛЖ.

0222

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС У ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДИСЭЛЕМЕНТОЗ

Дубовая А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: изучение показателей оксидативного стресса у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, имеющих дисэлементоз.

Материалы и методы. Основную группу составили 49 детей (26 мальчиков и 23 девочки) в возрасте от 12 до 18 лет, из них 31 чел. имели нарушения ритма сердца и проводимости (НРСиП), 18 чел. — вторичную артериальную гипертензию (АГ). В контрольную группу вошли 32 здоровых сверстника (17 мальчиков и 15 девочек). Энергетическое состояние клеток оценивали по уровню лактата в плазме крови и активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в эритроцитах колориметрическим методом. Об активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) судили по изменению концентрации малонового диальдегида (МДА) в плазме крови (биохимический метод), об антиоксидантной защите — по уровню восстановленного глутатиона (GSH) в эритроцитах (спектрофотометрический метод). Содержание 33 химических элементов (9 токсичных, 8 потенциально токсичных и 16 эссенциальных) в организме детей определяли по их уровню в волосах методами атомно-абсорбционной спектрометрии и атомно-эмиссионной спектрометрии в индуктивно-связанной плазме. Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с расчетом показателя ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У 29 (75,5%) пациентов документировано наличие токсичных химических элементов: бария, кадмия, свинца, ртути, стронция, алюминия, висмута (у здоровых — 18,8%, p<0,01). У 24 (49,0%) больных констатировано превышение допустимой концентрации потенциально токсичных микроэлементов: стронция,

никеля, лития, мышьяка (у здоровых — 25,0%). У 26 (83,9%) пациентов установлен дефицит эссенциальных элементов (у здоровых — 34,3%). Достоверных различий у детей с НРСиП и АГ не выявлено. У всех пациентов, имевших избыток токсичных химических элементов, документирован повышенный уровень лактата, свидетельствующий о гипоксии тканей, что было достоверно чаще в сравнении со здоровыми сверстниками (12,5%, p<0,001). Вместе с тем, обращало внимание достоверное снижение активности ЛДГ у 19 (61,3%) чел. с НРСиП и 10 (55,6%) чел. с АГ (у здоровых — 34,4%, p<0,05), отражающее активизацию аэробного пути образования АТФ, замедление скорости анаэробного гликолиза и образования лактата. Важно отметить, что у 28 (80,6%) чел. с НРСиП и 12 (66,7%) чел. с АГ уровень GSH был снижен, тогда как в группе здоровых сверстников его снижение имели 8 (25,0%) чел. (p<0,05). Степень повышения лактата коррелировала с уровнем токсичных химических элементов (r = 0,86), тяжестью НРСиП (r = 0,84) и АГ (r = 0,82).

Выводы. У всех детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, имеющих дисэлементоз, документировали наличие оксидативного стресса и дисбаланса антиоксидантной системы, что достоверно отличалось от показателей здоровых сверстников (31,3%). Степень повышения лактата коррелировала с уровнем токсичных химических элементов, тяжестью НРСиП и АГ.

0223

БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Дубовая А.В., Бордюгова Е.В., Коваль А.П.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: оценка биоэлементного статуса детей с различными нарушениями ритма сердца (НРС), разработка путей его коррекции.

Материалы и методы. Обследованы 59 детей (36 девочек и 23 мальчика) от 6 до 18 лет с НРС (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, пароксизмальная наджелудочковая и желудочковая тахикардия, синусовая аритмия, синусовая брадикардия, синусовая тахикардия). В контрольную группу вошли 35 здоровых детей. Об уровне содержания 33 химических элементов (9 токсичных, 8 потенциально токсичных и 16 жизненно необходимых) в организме детей судили по результатам исследования волос методами атомно-эмиссионной спектрометрии в индуктивно-связанной плазме и атомно-абсорбционной спектрометрии с электротермической атомизацией. Статистическую обработку результатов исследования проводили классическими методами вариационной и альтернативной статистики.

Результаты. Физиологические показатели макро- и микроэлементов у обследованных с НРС отсутствовали. Достоверно чаще (p<0,05), чем у здоровых сверстников, документировано наличие токсичных элементов бария (28,8% и 2,9% соответственно), свинца (22,0% и 2,9%) и ртути (13,6% и 2,9%), превышение допустимого содержания потенциально токсичного элемента стронция (42,4% и 11,4%). Согласно данным литературы, отравление барием может стать причиной желудочковой экстрасистолии, желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков, асистолии вследствие барий-индуцированной гипокалиемии, что подтвердили результаты исследования: у пациентов с НРС достоверно чаще (p<0,01) в сравнении со здоровыми сверстниками констатирован дефицит калия (91,5% и 14,3% соответственно). Достоверно чаще (p<0,05), чем у здоровых детей, документирован дефицит железа (67,8% и 14,3%), магния (62,7% и 11,4%), кальция (61,0% и 14,3%), селена (61,0% и 14,3%), марганца (42,4% и 11,4%), цинка (28,8% и 14,3%) и серы (27,1% и 11,4%). Степень выраженности дисэлементоза коррелировала с тяжестью НРС (r = 0,87), торпидностью к проводимому согласно протоколов лечению, в т.ч. антиаритмическими препаратами (r = 0,80). Полученные данные явились основанием для коррекции дисэлементоза. На первом этапе в составе комплексного лечения НРС использовали энтеросорбент IV поколения в течение 14 дней, на втором — препараты макро- и микроэлементов. Контрольный спектральный анализ волос, проведенный через 2 месяца после окончания программы коррекции дисэлементоза, свидетельствовал о положительных изменениях в биоэлементном составе организма: у 49 (83,1%) чел. нормализовалось содержание химических элементов, что сопровождалось восстановлением сердечного ритма у 14 (23,7%) чел., уменьшением выраженности аритмического синдрома у 29 (49,2%) чел.

Выводы. У детей с НРС достоверно чаще, чем у здоровых сверстников, документирован дисэлементоз. Степень его выраженности коррелировала с тяжестью НРС, торпидностью к проводимому лечению. Дополнение стандартного лечения пациентов с НРС индивидуальной программой коррекции дисэлементоза сопровождалось восстановлением сердечного ритма и/или уменьшением выраженности аритмического синдрома у 72,9% больных.

0224

ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Душина А.Г., Баталина М.В., Либис Р.А.

ГБОУ ВПО ОрГМА МЗ РФ, Оренбург, Россия

Цель работы — оценить эффективность воздействия комбинированного приема антагониста кальциевых каналов и блокатора рецепторов к ангиотензину II на структурно-функциональные показатели сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ).

Материалы и методы. В исследование было включено 20 пациентов в возрасте от 50 до 77 лет (средний возраст — 60,95±7,9 лет) с ХСН-СФВ (ФВ>50%), I-IIA стадии, I-II функционального класса по NYHA, которым в схему лечения была включена комбинация антагониста кальциевых каналов (S(-) амлодипин, средняя доза 2,5 мг/сут) и блокатора рецепторов к ангиотензину II (валсартан, средняя доза 160 мг/сут). Причиной развития ХСН-СФВ у 12 пациентов (60%) явилась артериальная гипертония, у 8 (40%) — артериальная гипертония в сочетании с ишемической болезнью сердца. Обследование проводилось при включении в исследование и через 12 недель. С целью оценки структурно-функциональных показателей сердца выполнялось эхокардиографическое исследование по стандартной методике с использованием одномерного (М), двухмерного (В) и доплеровского (Д) режимов на аппарате SonoScape 5500.

Результаты. У всех участников исследования были выявлены эхокардиографические признаки диастолической дисфункции левого желудочка (у 14 пациентов (70%) — нарушение диастолической функции по гипертрофическому типу, у 6 (30%) — по псевдонормальному). При анализе распределения геометрических моделей ЛЖ у 19 пациентов (95%) наблюдалась концентрическая гипертрофия, у 1 (5%) — концентрическое ремоделирование ЛЖ.

Выявлены достоверные изменения в толщине межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки (ЗС) ЛЖ до и после 12 недель лечения изучаемой комбинацией: 13,5±1,3 мм против 12,9±0,9 мм для МЖП и 12,2±1,0 мм против 11,65±0,99 мм для ЗС соответственно ($p<0,05$). Достоверно уменьшалась и относительная толщина стенки ЛЖ 0,5±0,05 до и 0,47±0,045 после лечения ($p<0,05$). Отмечена тенденция к снижению индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ. Величина ИММ ЛЖ до начала лечения составила 144,9±21,2 г/м2, после — 140,2±21,5 г/м2 ($p>0,05$). Статистически значимых различий в показателях систолической (ФВ) и диастолической (E, A, E/A, IVRT, DT) функции сердца на фоне лечения не получено.

Обратная корреляционная связь выявлена между ИММ ЛЖ и максимальной скоростью раннего диастолического наполнения ЛЖ — E ($r = -0,71$, $p=0,0008$), между ИММ ЛЖ и отношением максимальных скоростей раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ — E/A ($r = -0,69$, $p=0,0015$).

Выводы. Отмечено достоверное снижение степени гипертрофии ЛЖ у пациентов с ХСН-СФВ на фоне лечения комбинацией антагониста кальциевых каналов и блокатора рецепторов к ангиотензину II. Установлена взаимосвязь между показателями диастолической функции (E, E/A) и массой миокарда ЛЖ.

0225

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И НАЦИОНАЛЬНОСТЬ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССИИ

Евсевьева М.Е., Муравьёва В.Н., Борлакова Д.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель: по данным массового обследования оценить АД у представителей русского народа и некоторых кавказских народов, проживающих в Карачаево-Черкесской республике(КЧР) с учётом пола.

Материал и методы: проанализирована документация проведённой дополнительной диспансеризации 500 трудоспособных жителей КЧРразных национальностей — русских, карачаевцев, черкессов и абазинцев. Результаты обработаны статистически с помощью пакета программ BIOSTAT.

Результаты. Оказалось, что среди трудоспособных русских мужчин, проживающих в КЧР, офисная предгипертензия и офисная АГ зарегистрированыу 45,2%, а среди карачевцев — у 22,2%, черкессов– у 7,2% и среди абазинцев — у 25,0%. В целом среди этих народностей указанный показатель составил 18,1%, то есть в 2,5 раза меньше (P ≤0,05) по сравнению с русскими мужчинами. Среди русских трудоспособных женщин, проживающих в КЧР, офисная предгипертензия и офисная АГ зафиксированы у 34,2%, а среди карачаевок — у 17,2%, черкешенок — у 15,6% и среди абазинок — у 20,0%. В среднем среди представительниц этих народностей изученный параметр равнялся 17,3%, то есть в 2 раза меньше(P ≤0,05) по сравнению с русскими женщинами. В целом среди русского населения указанные отклонения АД встречаются у 39,5%, в то время как среди кавказских народностей — у 17,6%, то есть в 2,24 раза чаще(P ≤0,05) . Если сравнивать гендерные особенности встречаемости повышенного АД в двух сравниваемых этнических группах, видно, что эти отклонения среди русских мужчин встречаются в 1,32 раза чаще, чем среди русских женщин, в то время, как среди кавказских мужчин они встречаются практически с такой же частотой, как среди кавказских женщин. Выводы. Среди русских, проживающих в условиях КЧР, случаи повышенного АД встречаются достоверно чаще по сравнению с кавказскими народами. Для первых также присущи заметные гендерные различия во встречаемости указанных нарушений гемодинамики. Такие различия практически не характерны для народов Кавказа. Необходимо ориентироваться на полученные данные для формирования эффективных профилактических программ, учитывающих этнические особенности гемодинамического статуса и связанного с ним профиля угроз. На территориях смешанного проживания разных национальностей следует интенсифицировать комплексные научные исследования этно-ассоциированных факторов сердечно-сосудистого риска с целью дальнейшего осуществления максимально эффективной их коррекции на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

0226

ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Евсевьева М.Е., Батурина М.В., Сергеева О.В., Смирнова Т.А.и Барабаш И.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить некоторые психометрические показатели и состояние сосудистого эндотелия у молодых людей с наличием артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы: обследовано 25 юношей в возрасте от 18 до 22 лет из числа пациентов кардиологического стационара, направленных на обследование по поводу повышенного АД (основная группа), а также 18 студентов-нормотоников (контрольная группа). Одним из критериев исключения в основную группу наблюдений было получение в процессе обследования данных, свидетельствующих о вторичном генезе повышения АД. Проводилось мониторное и офисное определение АД, оценка факторов сердечно-сосудистого риска, анкетирование по шкалам на тревогу и депрессию, стресс-устойчивость, а также анализ крови на число десквамированных или циркулирующих эндотелиальных клеток по методу J.Hladovec (1978). Результаты обработаны статистически с помощью пакета программ BIOSTAT.

Результаты. Оказалось, что молодые люди из основной группы наблюдений отличались повышением артериального давления не выше первой степени артериальной гипертензии, причём почти у половины обследованных она носила лабильный характер по типу изолированной офисной гипертензии. Молодые пациенты с наличием признаков АГ характеризовались более частой встречаемостью различных факторов сердечно-сосудистого риска, включая более высокий уровень тревожных и депрессивных расстройств, а также более низкий уровень стрессустойчивости по сравнению со сверстниками-нормотониками. Причём указанные личностные особенности отмечены практически одинаково часто при лабильной и стабильной АГ.Количество же циркулирующих эндотелиальных клеток у лиц с признаками АГ почти в два раза превышало аналогичный показатель у представителей контрольной группы наблюдений (P≤ 0,05).

Выводы. Артериальная гипертензия даже на самых ранних стадиях своего течения — умеренной степени у молодых людей, часто лабильной формы — уже сочетается с целым комплексом как психологических изменений по типу снижения стресс-устойчивости и появлением тревожно-депрессивных сдвигов, так и ранними

изменениями сосудистой стенки, выражающимися повреждением сосудистого эндотелия с явлениями его повышенной десквамации. Полученные данные следует учитывать при разработке индивидуальных лечебных мероприятий по коррекции артериальной гипертензии у молодого контингента в рамках студенческих поликлиник и центров (кабинетов) здоровья при различных учебных заведениях. Эта коррекция должна в том числе включать мероприятия, направленные на оптимизацию как личностных параметров молодых людей, так и устранение дисфункции эндотелия. Не исключена возможность взаимосвязи выявленных сдвигов. Поэтому необходимы дальнейшие исследования в указанном направлении.

0227

ДВУХГОДИЧНЫЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Евсина О.В., Селиверстова Д.В., Киселева Е.Ю.

ГБОУ ВПО «Ряз ГМУ им. академика И.П.Павлова» Минздрава России, Рязань

Цель исследования: Изучить двухгодичный прогноз и комплаентностьу больных, перенесших инфаркт миокарда в молодом (≤44 лет) и среднем (45 — 59 лет) возрасте.

Материал и методы исследования: в исследование включено 29 историй болезни молодого (40,3 ±3,2 г.) (группа 1) и 130 среднего (53,4 ± 3,5 г.) (группа 2) возраста пациентов с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ), находившихся на стационарном лечении в Рязанском Кардиологическом Диспансере в 2010 г.

Результаты исследования. Среди факторов риска у пациентов молодого возраста чаще, чем у пациентов в среднем возрасте встречались:курениеи отягощенная наследственность (p<0,05).

У людей молодого возраста чаще первым проявлением ИБС был ИМ (82,8%), у пациентов среднего возраста (51,5%, p=0,002). У всех пациентов наблюдали ангинозный вариант течения ИМ. Крупноочаговый инфаркт развивался у 86,2% в 1 группе, у 66,9% — во 2 группе (p<0,05), передняя локализация поражения преобладала в обеих группах(58,6% — в 1 группе и 60% — во второй группе).

В 1 группе больных реперфузионная терапия была выполнена в 79.3% случаев, во второй — 46,9%, в том числе тромболитическую терапию (37,9%, во 2 группе — 23,8%, p=0,16), ЧТКА (41,4%, во 2 группе — 23,1%, p=0,06), КАГ (72,4%, во 2 группе — 43,8%, p=0,007). Госпитальная летальность в 1 группе составила 3,4%, во 2 группе — 5,4%.

За 2 года наблюдения установлены следующие конечные точки: госпитализировались по поводу острого коронарного синдрома 5 пациентов (17,2%) из 1 группы и 29 пациентов (22,3%) из 2 группы; летальный исход в 1 группе отсутствовал, во 2 группе — 5 (4,8%) пациентов. Стабильная стенокардия I-II функционального класса зарегистрирована у 58,6% пациентов молодого возраста и 60,8% среднего возраста.Пациенты молодого и среднего возраста регулярно принимают аспирин 93,1% в 1 группе и 84,6% — во 2 группе и некомплаентны следующим препаратам:β–блокаторы — 47% и 49,2% соответственно,статины — 42% и 48,5% соответственно, ингибиторы АПФ — 48% и 48,8% соответственно. Продолжают курение 44,8% пациентов 1 группы и 40% пациентов 2 группы, соблюдают диетические рекомендации только 24,1% и 30,8% пациентов соответственно.

Выводы:

1. Проведение реперфузионной терапии в остром периоде инфаркта миокарда благоприятно повлияло на прогноз пациентов молодого и среднего возраста; 2. Несмотря на регулярные ишемические боли больше 50% пациентов не соблюдают рекомендованную терапию.

0228

ИНДИКАТОРЫ ПОВЫШЕННОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ЕСТЕСТВЕННОЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Ельчанинов Д.В.,[1] Манукян А.В.,[2] Смирнова О.И.[1]

[1]КГБУЗ «Городская больница №1 г. Барнаул», Россия; [2]НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул» ОАО «РЖД», Россия

Снижение продукции эстрогенов у женщин в постменопаузальном периоде сопровождается увеличением частоты встречаемости кардиоваскулярной патологии. В связи с этим, представляется весьма актуальным уже

в период ранней менопаузы доклиническое выявление признаков метаболических нарушений, вовлеченных в развитие наиболее широко распространенных хронических заболеваний системы кровообращения.

Цель исследования: оценка комплекса лабораторных показателей повышенного риска кардиваскулярной патологии у женщин с климактерическим синдромом без хронических заболеваний системы кровообращения в анамнезе.

Материал и методы исследования: в рандомизированное исследование было включено 32 женщины в возрасте 54,2±1,5 года, страдающих климактерическим синдромом средней степени тяжести на фоне естественной постменопаузы длительностью 3,2±1,1 года, и 26 менструирующих женщин в возрасте 46,3±1,4 года (контрольная группа). Критериями исключения были: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, гипергликемия, заместительная гормональная терапия.

В сыворотке крови определяли общий холестерин (ХС), холестерин липопротеинов низкой и высокой плотности (ХС ЛПНП и ХС ЛПВП), триглицериды с реагентами фирмы Human (ФРГ), «высокочувствительный» С-реактивный белок, маркеры повреждения эндотелия — тромбоцитарно-эндотелиальную молекулу адгезии 1 типа (sPECAM-1) и фактор Виллебранда — методом иммуноферментного анализа с реагентами и по протоколам Bender Medsystems (США) и Axis Shield Diagnostics Limited (Великобритания) соответственно.

Результаты исследования. Исследуемые группы были сопоставимы по наличию таких факторов риска сердечно-сосудистого риска как курение, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, абдоминальное ожирение.

У пациенток с климактерическим синдромом по сравнению с контрольной группой было выявлено повышение уровня sPECAM-1 на 62% ($p<0,01$), значений фактора Виллебранда — на 47% ($p<0,05$), а также показателей общего холестерина крови на 34% ($p<0,05$), ХС ЛПНП — на 53% ($p<0,01$) на фоне тенденции к снижению ХС ЛПВП ($p<0,02$). По другим исследованным показателям межгрупповых различий не было выявлено.

Таким образом, у женщин с климактерическим синдромом уже в раннем периоде постменопаузы имеется комплекс системных метаболических нарушений, ассоциированных с атерогенезом и эндотелиальной дисфункцией, что указывает на необходимость мониторинга и коррекции этих нарушений наряду с лечением климактерических расстройств.

0229

НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ЭКГ ПОКОЯ В 12 СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ И 24 ЧАСОВОГО ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Ермакова Е.А., Матюшин Г.В., Гоголашвили Н.Г., Еремина Н.П.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью нашего исследования было изучение частоты и структуры нарушений проводимости сердца у женщин во втором триместре беременности.

Материалы и методы: В исследование были включены 83 беременные женщины, наблюдавшиеся в женских консультациях г. Красноярска. Возраст обследованных находился в диапазоне от 18 до 34 лет. Всем беременным проводилось комплексное клинико — лабораторное обследование: анкетирование (жалобы, перечень сопутствующих заболеваний, вредные привычки, профессию, акушерско — гинекологический анамнез), физикальный осмотр, лабораторные и инструментальные методы обследования. Инструментальное обследование включало запись электрокардиограммы (ЭКГ) покоя в 12 стандартных отведениях, 24 часовое холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ с использованием кардиорегистраторов «Валента» (Россия) и «Махаон» (Россия). Диагностика нарушений проводимости основывалась на общепринятых критериях. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ «Statistica» версии 6.0.

Результаты: По данным однократной регистрации ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях во втором триместре беременности регистрировались блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ), признаки синдрома укороченного интервала PQ, синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). У 18 (22%) обследованных женщин была выявлена БПНПГ. В структуре этой аритмии наибольший удельный вес имела неполная

БПНПГ: 72% от общего количества случаев данного нарушения ритма. Полная БПНПГ составила 28% от всех случаев этой аритмии. У 1 (1,2%) беременной зафиксирован синдром ранней реполяризации желудочков. В 3 (3,61%) случаях на ЭКГ были зарегистрированы признаки синдрома укороченного интервала PQ. По данным 24 часового ХМ ЭКГ в обследованной группе беременных атриовентрикулярная (АВ) блокада была выявлена у 7 (8,4%) женщин. Структура нарушений АВ проведения второго триместра беременности у обследованных представлена АВ блокадой 1 степени (71,4%), АВ блокадой 2 степени 1 типа (28,5%). У 12 (14,5%) беременных женщин регистрировалась синоатриальная (СА) блокада. Все случаи СА — блокады были представлены СА — блокадой 2 степени 1 типа.

Таким образом, по результатам нашего исследования во втором триместре беременности по данным однократной регистрации ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях выявлялись следующие нарушения проводимости сердца: БПНПГ, признаки синдрома укороченного интервала PQ, СРРЖ. Наиболее часто регистрировалась неполная БПНПГ. Значительно реже имел место синдром ранней реполяризации желудочков. По данным 24 часового ХМ ЭКГ во втором триместре беременности наблюдаются АВ и СА блокады. Структура данных нарушений проведения представлена АВ блокадой 1 степени, АВ блокадой 2 степени 1 типа, СА — блокадой 2 степени 1 типа.

0230

ЧАСТОТА ГЕТЕРОТОПНЫХ АРИТМИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ 24 ЧАСОВОГО ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Ермакова Е.А., Матюшин Г.В., Гоголашвили Н.Г., Еремина Н.П.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью нашего исследования было изучение частоты, структуры гетеротопных нарушений сердечного ритма у беременных женщин в первом триместре.

Материалы и методы: В исследование были включены 83 беременные женщины, наблюдавшиеся в женских консультациях г. Красноярска. Возраст обследованных находился в диапазоне от 18 до 34 лет. Всем беременным проводилось комплексное клинико — лабораторное обследование: анкетирование (жалобы, перечень сопутствующих заболеваний, вредные привычки, профессию, акушерско — гинекологический анамнез), физикальный осмотр, лабораторные и инструментальные методы обследования. Инструментальное обследование включало 24 часовое холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ с использованием кардиорегистраторов «Валента» (Россия) и «Махаон» (Россия). При оценке результатов желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) классифицировалась по градациям B. Lown, N. Wolff 1971 г.: 0 — ЖЭ отсутствуют, I — редкие мономорфные ЖЭ (менее 30 в час), II — частые мономорфные ЖЭ (более 30 в час), III — полиморфные ЖЭ, IV — повторные формы желудочковых аритмий (IV А — парные ЖЭ и IV Б — групповые ЖЭ (залпы — 3 и более комплексов), включая короткие эпизоды желудочковой тахикардии (ЖТ)), V — ранние ЖЭ типа «R на T». Наджелудочковую экстрасистолию (НЖЭ) мы классифицировали на редкую (менее 30 в час), частую (более 30 в час), групповую (3 комплекса подряд) и наджелудочковую тахикардию (НЖТ) — 4 и более НЖЭ подряд с частотой более 100 в минуту. Диагностика других нарушений ритма и проводимости основывалась на общепринятых критериях. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ «Statistica» версии 6.0.

Результаты: По данным 24 часового ХМ ЭКГ у обследованных женщин в первом триместре беременности наиболее часто регистрировалась НЖЭ (74,7%). В основном наблюдалась редкая НЖЭ. Частая НЖЭ составила 4,8% от общего количества случаев этой аритмии в исследуемом триместре беременности. Кратковременные пароксизмы НЖТ имели место у 1 женщины (1,2%). У 42 (50,6%) беременных женщин была зафиксирована ЖЭ. В большинстве случаев регистрировалась I градация (64%). Градации II, III и IVA наблюдались в 2,4%, 26% и 7,1% случаев соответственно. У 51,8% женщин в первом триместре беременности выявлялась миграция водителя ритма по предсердиям (МВР). Предсердный ритм регистрировался у 5 (6%) беременных обследованной группы.

Таким образом, гетеротопные нарушения ритма сердца в первом триместре беременности достаточно распространены. По данным 24 часового ХМ ЭКГ у беременных женщин в первом триместре гетеротопные аритмии представлены: экстрасистолией, НЖТ, МВР, предсердным ритмом. Наиболее часто регистрировалась экстрасистолия. Значительно реже зафиксированы кратковременные пароксизмы НЖТ.

0231

НЕОБХОДИМОСТЬ И РЕАЛИИ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ В УСЛОВИЯХ СИБИРСКОГО ГОРОДА

Ефимова Е.В., Конобеевская И.Н., Карпов Р.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, г. Томск, Россия

В Сибири, как и в России в целом профилактика ещё не стала эффективным средством борьбы с социально значимыми заболеваниями, как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях, несмотря на благоприятный опыт ряда стран Европы и Скандинавии по улучшению качества и продолжительности жизни населения. Западная Сибирь относится к территориям неблагоприятного полюса северо-восточного градиента смертности, что обусловлено особенностями образа жизни населения и связано с широкой распространенностью факторов риска неинфекционных заболеваний.

Цель исследования: в рамках международного проекта «Эпидемиологическое исследование причин преждевременной смертности населения России» изучить факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у неорганизованного населения г. Томска. Оценить ситуацию в первичном звене практического здравоохранения города по оказанию профилактической помощи населению.

Методы: в соответствии с контрактом, заключенным между Генеральным директоратом ВОЗ по изучению Здоровья России (“Russia Health”), МАИР (Франция, Лион), НИИ канцерогенеза РОНЦ (Москва) и ФГБУ «НИИ кардиологии» (Томск), осуществлено эпидемиологическое исследование. В условиях амбулаторной службы проведен скрининг неорганизованного населения в возрасте 30 — 74 лет. В реализации проекта использовались стратегии Международной программы CINDI с привлечением 15 ЛПУ города.

Результаты: изучение результатов скрининга 67 316 человек показало, что более половины обследованных (56,2%) составили мужчины, и как у мужчин (79,2%), так и у женщин (64,8%) это были лица трудоспособного возраста. Высокий комплайнс исследования (менее 1% отказа от осмотра и опроса) свидетельствал о доверии населения и готовности сотрудничать с работниками первичного звена здравоохранения. Наиболее распространенным фактором риска было курение (у 69,1% мужчин и 20,6% женщин) и если учесть, что 7,7% мужчин и 49,4% женщин являлись пассивными курильщиками, то практически две трети населения подвержены табакокурению. Артериальная гипертензия выявлена у 44,1% мужчин и 52,3% женщин, избыточная масса тела у 49,8% и 39,2% соответственно. Однако врачи первичного звена здравоохранения не занимаются профилактикой и обучением населения здоровому образу жизни по различным причинам. Выводы: выявленные особенности свидетельствовали о широком распространении и неблагоприятном профиле факторов риска у населения города. В настоящее время сложилась уникальная ситуация, заключающаяся в том, что в практическом здравоохранении воссозданы службы кабинетов профилактики с одной стороны и с другой — имеется необходимость внедрения стандартов профилактического консультирования. В тоже время следует отметить существующие у нас препятствия для профилактики неинфекционных заболеваний. Это, в первую очередь, отсутствие финансовой поддержки профилактической работы со стороны страховых кампаний и организаторов здравоохранения. С другой стороны, население, несомненно, готово участвовать в программах профилактики заболеваний.

0232

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ефимова Н.Ю., Чернов В.И., Ефимова И.Ю., Попов С.В., Лишманов Ю.Б.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить состояния мозгового кровотока и когнитивной функции у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП) до и после хирургического лечения.

Материалы и методы: В исследование включены 27 пациентов в возрасте 45-68 лет (средний возраст 52+46,2 года) с постоянной формой ФП, которым исходно и через 3 месяца после создания плной поперечной блокады методом радиочастотной аблации атриовентрикулярного соединения и имплантации электрокардиостимулятором (ЭКС) проводили оценку неврологического статуса, когнитивной функции, однофотонную эмиссионную компьютерную томографию головного мозга (ОЭКТ) с 99mTc-ГМПАО с расчетом значений

регионарного мозгового кровотока (рМК, мл/100 г/мин) и Эхо-КГ. Контрольную группу составили 15 человек сходного возраста без нарушения ритма сердца.

Результаты: Результаты томосцинтиграфии с 99mTc-ГМПАО у пациентов с ФП показали достоверное снижение церебральной перфузии во всех регионах головного мозга по сравнению с контрольной группой. По данным нейропсихологического тестирования у 94 % пациентов с постоянной формой ФП отмечался нейрокогнитивный дефицит. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что существует прямая корреляционная связь между кровообращением в отдельных регионах головного мозга и показателями когнитивной функции. Так, у больных с ФП ухудшение кратковременной памяти было достоверно взаимосвязано со снижением рМК в левой верхней лобной области (R2=0.25; p=0.04), а снижение внимания с ухудшением мозгового кровотока в правой нижней доле (R2=0.26; p=0.03). Кроме, того была выявлена обратная зависимость между показателями психомоторной скорости (по даным корректурной пробы) и перфузией в правой нижней лобной доле (R2=0.47; p=0.003).

После оперативного вмешательства с имплантацией водителя ритма сердца имело место улучшение показателей когнитивной функции. Оперативное вмешательство с имплантацией водителя ритма сердца оказало положительное влияние на мозговой кровоток пациентов. Так, по данным ОЭКТ с 99mTc-ГМПАО отмечалось увеличение рМК (по сравнению с исходным уровнем) в правой нижней лобной области на 11,5% (p=0,01), в левой верхней лобной на 5% (p=0,007) и левой височной долях на 6% (p=0,005). В послеоперационном периоде через 3 месяца наблюдалось достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка на 6% (p=0,027), а также ударного и минутного объема крови на 14% (p=0.0003) и 15%(p=0.015), соответственно.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у 94% больных ФП наблюдается когнитивный дефицит, связанный со снижением мозгового кровотока. Выполнение операции с имплантацией ЭКС через 3 месяца, увеличивая фракцию выброса левого желудочка, ударного и минутного объема крови, оказывает положительное влияние на церебральную перфузию и приводит к улучшению нейрокогнитивной функции пациентов.

0233

ПРОБЛЕМА ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ В ЭТИОЛОГИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ефимова О.И., Кузнецова Т.В.

Самарская Областная клиническая больница им. М.И.Калинина, Самара, Россия

В последнее время все шире рассматривается вопрос диагностики и лечения инсультов в кардиологической клинике как междисциплинарной проблемы, объединяющей специалистов различных профилей. В представленном клиническом примере предположительно описана парадоксальная эмболия из правых камер сердца у пациента с функционирующим овальным окном с развитием острого нарушения мозгового кровообращения.

Пациент Н, 52 лет, госпитализирован с жалобами на слабость и онемение в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия, курение в течение 20 лет. При осмотре общее состояние ближе к удовлетворительному. АД 170 и 100 мм. рт. ст. Пульс 64 уд. в минуту, ритм правильный. По остальным органам и системам без патологии. В неврологическом статусе на момент поступления: асимметрия нижнелицевой мускулатуры справа, снижение силы в правых конечностях до 4 баллов, сухожильные рефлексы D >S, симптом Бабинского справа, нечеткость выполнения координационных проб справа. Обращает внимание лейкоцитоз (Le 10,4 *109 в л), дислипидемия, остальные показатели общеклинических исследований крови, мочи, коагулограммы в норме. На ЭКГ — нижнепредсердный ритм с ЧСС 62 в мин, гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Данные рентгенографии легких без патологии. На КТ головного мозга диагностировано ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА. При ЦДК БЦС гемодинамически значимых поражений в бассейне сонных артерий не выявлено. Начата ноотропная, сосудистая, антигрегантная и антигипоксическая терапия. При эхокардиографическом исследовании диагностирована умеренная концентрическая гипертрофия ЛЖ, диастолическая дисфункция по 1 типу, признаки аневризмы МПП и функционирующее овальное окно диаметром 4 мм с незначительным сбросом крови слева направо. На фоне лечения состояние пациента улучшилось, появилась положительная динамика в неврологическом статусе — уменьшилась асимметрия нижнелицевой мускулатуры, увеличилась сила в правых конечностях до 5 баллов, сухожильные рефлексы D ≥S, исчезли патологические рефлексы и координационные расстройства.

Таким образом, в данном клиническом примере вызывает сомнение этиология ОНМК у молодого пациента, без стойкой артериальной гипертензии и документированных нарушений ритма, не имеющего гемодинамически

значимых поражений сонных артерий, патологии свертывающей системы крови или отягощенной наследственности. Возможной гипотезой возникновения нарушения мозгового кровообращения в этом случае представляется парадоксальная эмболия из правых камер сердца, которая в последние годы вызывает все больший интерес исследователей. Основным путем реализации парадоксальной эмболии является открытое овальное окно, что также было диагностировано при эхографическом исследовании у пациента. Однако данная гипотеза имеет значительные ограничения, так как отсутствуют сведения о предыдущих эхокардиографических исследованиях, наличии тромбов в полостях сердца и венозной системе, а также не указаны какие либо провоцирующие факторы, способствующие внезапному повышению давления в правых отделах сердца с формированием право-левого шунта.

0234

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Ефремова Е.В., Шутов А.М., Хамидулина Т.С., Серова Д.В.

ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

Для достижения эффективности лечения в рамках современных особенностей лечебно-диагностического процесса необходим комплексный подход, учитывающий наличие у больного сочетания нескольких хронических заболеваний (коморбидности). Однако, данных, определяющих влияние коморбидности на приверженность к терапии больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), представлено недостаточно.

Цель исследования: оценить приверженность к проводимой терапии больных с ХСН, ассоциированной с коморбидностью.

Материалы и методы. Обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст 61,8+9,6 лет) с ХСН I — III стадии, I — IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 18 (8,9%), II ФК — у 108 (53,2%), III ФК — у 75 (36,9%) и IV ФК — у 2 (1%) больных. У большинства больных — 154 (75,9%), причиной развития ХСН явилось сочетание ИБС с артериальной гипертонией высокого риска. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Исследуемые больные были разделены на 3 группы: I группу (низкая коморбидность, индекс ≤ 3 баллов) составили 53 больных; II группу (умеренно выраженная коморбидность, индекс = 4-5 баллов) — 73 больных; III группу (высокая коморбидность, индекс ≥ 6 баллов) — 77 больных. Для оценки приверженности к лечению использовался тест Мориски–Грина, анкетирование и интервьюирование.

Результаты. Индекс коморбидности Чарлсона составил 4,9+2,1 балла. Наиболее часто ХСН ассоциируется с хронической болезнью почек — в 43,3% случаев. По основным классам препаратов больные с ХСН наиболее привержены к приему сердечных гликозидов (65% больных следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно) и блокаторов β-адренергических рецепторов (63,1% больных следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно); наименее — к приему диуретиков (только 18,2% пациентов следуют рекомендациям врача и принимают препарат постоянно). Удовлетворительная приверженность к медикаментозной терапии наблюдается только у 61 (30%) больных с ХСН. Общее количество препаратов, принимаемых больными с ХСН, составило 4,6±1,7. Выявлено, что больные с ХСН с высокой коморбидностью принимают большее количество препаратов, чем больные с ХСН с умеренно выраженной и низкой коморбидностью (4,9±1,8 и 4,3±1,7 соотв., PIII-II=0,01; 4,9±1,8 и 4,2±1,7 соотв., PIII-I=0,03).

Выводы. Привержена к медикаментозному лечению только треть больных с ХСН. Высокий уровень коморбидности приводит к полипрагмазии, что ухудшает приверженность к медикаментозной терапии больных с ХСН.

0235

НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВЫХ И ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ефремушкин Г.Г., Харлова А.Г., Филиппова Т.В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель. Изучить гемодинамику в правых и левых камерах сердца у лиц молодого возраста при стабильном нормальном АД (СтНАД) и нестабильном АД (НеСтАД), включающем высокое нормальное АД (ВНАД) и артериальную гипертензию (АГ) 1 степени.

Материал и методы. Всего обследовано 76 человек в возрасте 20,32 ± 0,18 лет, из них женщин — 57 (74,7%). У лиц со СтНАД средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) составила 71,92 ± 0,31 в 1 мин, АДmax — 113,21 ± 0,33 мм Hg, АДmin — 73,7 ± 0,23 мм Hg; при ВНАД — ЧСС средняя была 73,9 ± 1,46 в 1 мин, АДmax — 124,34 ± 1,64 мм Hg, АДmin — 78,15 ± 0,98 мм Hg; при АГ 1 степени — ЧСС — 75,4 ± 0,51 в 1 мин, АДmax — 147,5 ± 0,42 мм Hg, АДmin — 92,5 мм Hg. Обследование проводилось методом эходопплеркардиографии (аппарат Vivid 7/ Vivid 7 PRO). Измерялись линейные и объёмные размеры камер сердца, объём и скорость протекающей крови.

Результаты. У молодых лиц с НеСтАД при ВНАД и АГ 1 степени были увеличены по сравнению с имеющими СтНАД конечные диастолический и систолический размеры (КДР и КСР) обоих желудочков сердца, оба предсердия. При НеСтАД были увеличены объёмные параметры левого желудочка (ЛЖ) на 18-20% (p<0,003), нарастала (на 27%, p<0,05) масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ), более широким было основание аорты (на 6,8%, p<0,001). У лиц с НеСтАД объёмы крови в ПЖ не отличались от таковых в группе со СтНАД, в ЛЖ увеличивались объём крови в конце диастолы (Vкд) и остаточный объём крови в конце систолы (ООКС) на 18%-22% (p<0,03, <0,0001), нарастал ударный объем (УО) ЛЖ на 23% (p<0,05) при неизменной фракции выброса (ФВ). Соотношение Е/А ЛЖ при НеСтАД уменьшалось на 7,3% (p<0,005). Минутный объем крови (МОК) в этой группе был выше по сравнению со СтНАД на 730 мл (23,5%, p<0,0001). В основном все вышеизложенные изменения регистрировались уже у лиц с ВНАД. У лиц с АГ 1 степени морфологические и объемные изменения в камерах сердца становились более выраженными по сравнению с ВНАД. Это касается левого предсердия, конечного систолического объема ЛЖ, ММЛЖ, Vкд ЛЖ, ООКС ЛЖ. МОК увеличился на 11,7% (p<0,03) по сравнению с ВНАД. Если Е/А ЛЖ уменьшилось уже при ВНАД, то Е/А ПЖ уменьшилось при АГ 1 степени.

Заключение. Ремоделирование предсердий и желудочков сердца начинается на этапе высокого «нормального» АД и усугубляется при АГ 1 степени. По-видимому, это происходит за счёт нарастания объема циркулирующей крови (ОЦК) и увеличения преднагрузки, о чём свидетельствует раннее увеличение полости ЛЖ и объёма крови в нём, и УО ЛЖ, то есть используется более экономичный инотропный резерв. Таким образом, первичным в формировании АГ является не периферическое сопротивление, а увеличение ОЦК, МОК.

0236

МАРКЁРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ефремушкина А.А., Воробьёва Е.Н., Победённая А.С., Рудакова Д.М., Уколова Н.В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Целью исследования являлось изучение маркеров дисфункции эндотелия у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Обследовано 77 пациентов (29 женщин и 48 мужчин) с МС, средний возраст составлял 58,1±7,0 лет. Пациенты находились на плановой госпитализации в стационаре в период с января по июль 2012г. Проводилась оценка антропометрических показателей : окружности талии (ОТ) , окружности бедер (ОБ), массы тела, роста с расчетом индекса ОТ/ОБ, индекса массы тела (ИМТ)). Определялись липидные показатели : общий холестерин, холестерин липопротеидов различной плотности, триглицериды, а также глюкоза в сыворотке крови наборами реагентов Roshe ферментативным калориметрическим методом на аналитической биохимической платформе Modular SWA (Roshe). Исследовали уровень высокочуствительного СРБ и sE-селектина(sE) (реагенты eBiocsience- Bender MedSystems) иммунофермнтным анализом на анализаторе «Униплан-ПИКОН». Согласно установленным диагнозам обследуемые были разделены на 2 группы: I группа пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с ГБ III стадии (n-38) и II группа- пациенты с ГБ II стадии (n-39). У пациентов с ИБС диагноз был подтвержден клинически и коронароангиографией в текущую госпитализацию.

Изучаемые количественные признаки не имели нормального распределения, что оценивалось критерием Колмогорова-Смирнова. В описании количественных данных указаны медиана (Me) и интерквартильный

размах. Изучалась корреляция Спирмена.

Результаты: У всех обследуемых пациентов были обнаружены клинические и лабораторные показатели, соответствующие критериям МС, согласно Национальным рекомендациям 2011 г. В группе ИБС+ГБ (1 группа) уровень sE-селектина составил Me-67,5нг/мл (от 53,4нг/мл до102,7нг/мл), показатели СРБ — Me-0,8 мг/л (от 0,66 мг/л до 0,96мг/л).

В группе изолированной ГБ (2 группа)- sE-селектин Me-63,3нг/мл (от 42,9нг/мл до 88,9нг/мл), показатели СРБ — Me-0,86мг/л (от 0,61мг/л до 1,03мг/л), при верхней границе нормы 8,2мг/л. Между группами имелись различия — в уровнях sE-селектина у пациентов 1 группы был выше (P<0,001), в уровнях СРБ выше во 2 группе (P<0,001).

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов с МС при наличии ИБС и ГБ выражена дисфункция эндотелия в виде повышения уровня маркеров воспаления: СРБ и sE-селектина, более значительное при сочетании ИБС с ГБ, чем при изолированной ГБ. Данные показатели можно использовать в качестве диагностических маркеров при комплексной оценке обследуемых пациентов.

0237

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ И ИБС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДОВ

Жакыпова З.Р., Степаненко А.Б., Чарчян Э.Р., Генс А.П.

ФГБУ Российский Научный Центр Хирургии им. Б.В.Петровского РАМН, Москва

Цель исследования: оценка результатов при этапном лечении атеросклеротического поражения брюшной аорты у пациентов с тяжелым поражением коронарных артерий, включая хирургический и эндоваскулярный методы.

Материал и методы: Исследование основано на ретроспективном нерандомизированном анализе 67 историй болезни пациентов с мультифокальным атеросклерозом, с сочетанным поражением коронарных артерий и брюшного отдела аорты в период с 2007 по 2012гг. в отделении Кардиохирургии I (Хирургии аорты и ее ветвей) РНЦХ РАМН). Средний возраст пациентов составил 62,9лет ±17,9. У всех пациентов было поражение коронарных артерий с клиникой стенокардии не ниже 3ф.к. 45(67,16%) пациентам выполнили АКШ, МКШ первым этапом. 11(16,41%) — первым этапом стентирование коронарных артерий, у 4(5,97%) — выполнено стентирование с последующим АКШ, МКШ в связи с рецидивом стенокардии. Ангиопластика со стентированием коронарных артерий вторым этапом после реконструкции аорты выполнена у 7 пациентов (10,44%). Общее количество вмешательств на брюшной аорте у пациентов с распространенным атеросклерозом и ИБС с реваскуляризацией миокарда в анамнезе составило 67 (100%). Операций по поводу аневризм брюшного отдела аорты было 18(26,86%), по поводу окклюзионных поражений аорты и подвздошных артерий (синдром Лериша) — 49(73,14%). Линейное протезирование брюшной аорты выполнено 18(26,86%) пациентам. Аорто-подвздошное или аорто-бедренное протезирование — у 49(73,14%) пациентов. 12 (17,9%) пациентам одномоментно с реконструкцией аортобедренного сегмента были выполнены операции на других дистальных артериях нижних конечностей и сонных артериях.

В исследование не вошли пациенты без хирургического вмешательства на брюшной аорте ввиду инкурабельности поражения.

Результаты исследования: Единственный летальный исход в нашем исследовании не был связан с нарушением кровоснабжения в области реконструкции 1 случай (1,49%), пациент 79л умер после повторных вмешательств по поводу гнойных осложнений со стороны органов брюшной полости. Осложнения: 3(4,47%) случая — лимфорреи из доступов на бедре.

Выводы: Использование хирургического и эндоваскулярного методов в этапном лечении у больных с атеросклеротическим поражением брюшного отдела аорты и ИБС является эффективным методом при лечении тяжелых форм распространенного атеросклероза. Первым этапом предпочтительно выполнить реваскуляризацию миокарда ввиду приоритетности региона кровоснабжения.

0238

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА И ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жданкина Н.В.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Нижний Новгород

Цель: выявить особенности взаимосвязи вегетативной регуляции сердца (ВРС) с показателями гормонального профиля при артериальной гипертензии (АГ) у больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП).

Материалы и методы: обследовано 68 юношей (средний возраст 18 [18;21] лет), страдающих ГСПП с АГ. У всех пациентов выявлено повышенное артериальное давление по результатам офисного измерения (150[140;160]/68[62;78]) мм.рт.ст. Обследуемым проводилось исследование ВРС на приборе «Полиспектр Е-8» путем проведения записи 500 кардиоинтервалов в положении лежа и в ортостазе. Для анализа полученных данных определялись спектральные характеристики ритма: общая мощность спектра (TP), относительное значение мощности волн высокой частоты (HF), мощности волн низкой частоты (LF), мощности волн очень низкой частоты (VLF). Кроме того, рассчитывался коэффициент вагосимпатического баланса (LF/HF). Для уточнения гормонального профиля исследовали уровень С-пептида в сыворотке венозной крови и экскрецию норадреналина, адреналина и дофамина в суточной моче.

Полученные результаты: при изучении ВРС были получены следующие результаты. В состоянии покоя обращала на себя внимание высокая доля VLF (43,2[32,6;49,3]%) в обшей структуре спектра, что характеризует активацию гуморально-метаболических влияний в регуляции ВРС. При переходе в ортостаз выявлена тенденция к снижению TP с 2626[1548;4536] до 1780[1194;3214] мс2. Кроме того, в положении стоя выявлено достоверное (p=0,0003) угнетение активности парасимпатической нервной системы (ПСНС) в виде снижения доли HF с 23,6[13,6;27,7] % до 8,6[5,7;16,6]%, а как же усиление влияния церебральных эрготропных структур (VLF в ортостазе увеличился до 49,6[37,1;61,1]%, p=0,03) . Коэффициент LF/HF статистически значимо (p=0,0005) увеличился в положении стоя с 2,3[1,1;3,4] до 4,4[3,2;7,2], что свидетельствует о доминировании тонуса симпатической нервной системы (СНС) у пациентов с ГСПП. При исследовании гормонального профиля выявлена гиперинсулинемия, подтверждаемая высоким уровнем С-пептида (1470[867;1980] мкМЕ/мл), увеличение экскреции адреналина регистрировалось у 11 (16,2%), дофамина — у 8 (11,8%), норадреналина — у 4 (5,9%) юношей. При анализе корреляционных связей гормональных и вегетативных показателей получены данные, подтверждающие стимулирующее влияние С-пептида на активность СНС. Об этом свидетельствует прямая связь между уровнем С-пептида и коэффициентом LF/HF (r=0,36; p=0,04) и обратная связь с уровнем HF в ортостазе (r=-0,36; p=0,048)

Выводы: у пациентов ГСПП в сочетании с АГ выявлена выраженная вегетативная дизрегуляция: относительная гиперсимпатикотония в сочетании с угнетением деятельности ПСНС. Кроме того, установлено избыточное влияние церебральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов на регуляцию ВРС. Гиперинсулинемия, выявленная в данной группе больных, оказывает стимулирующее влияние на СНС.

0239

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, УРОВНЯ ГИПОДИНАМИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА КАК ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Желтова И.Н., Сукманова И.А.

Краевая клиническая больница (ККБ), г. Барнаул, Россия

Цель исследования: Анализ метаболических нарушений, гиподинамии и психосоматического статуса как факторов риска развития острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы: Обследовано 40 пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), их средний возраст составил 57,7±1,2 лет. Среди обследованных было 35 (82%) мужчин, 5 (18%) женщин, преобладали лица

среднего возраста — 35 (87%), пожилые больные составили 13%. У всех пациентов оценивались основные показатели углеводного и липидного обмена, уровень СРБ и половых гормонов. С помощью опросника, разработанного на базе московского государственного медико-стоматологического университета (К.Г. Гуревич Е.Г. Фабрикант), а также опросника CINDI оценивался уровень гиподинамии. Для определения уровня стресса был использован опросник HADS.

Полученные результаты. Большинство обследованных пациентов 33 (82,5%) были курильщиками. Средний индекс курения в группе составил 42,5±3,8 пачка/лет. Средний показатель индекса массы тела (ИМТ) был 26,8±0,6 кг/м2; у 9 (22,5%) пациентов ИМТ не превышал норму, у 11 (27,5%) соответствовал избыточной массе тела, у 7 (17,5%) — ожирению I степени. У большинства пациентов выявлено нарушение липидного обмена за счет повышения среднего уровня ЛПНП до 2,5±0,1 ммоль/л, повышения уровня триглицеридов (ТГ) до 2,09±0,2 ммоль/л, средний уровень общего холестерина (ОХС) и ЛПВП соответствовал норме. Уровень СРБ, как одного из маркеров поражения сосудистого эндотелия, был повышен у большей части пациентов его средний уровень составил 35,1±11,03 Мг/л, что соотносится с мощным повреждением эндотелия в остром периоде инфаркта миокарда. Средний уровень инсулина в группе находился в пределах нормы и составил 18,9±3.8 мМе/мл. Однако среднее значение показателя индекса HOMA-IR было выше номы и составило 4,5±1,0, что свидетельствует о наличии инсулинорезистентности, которая, является одним из факторов риска эндотелиальной дисфункции. Уровень половых гомонов (тестостерона, эстриола и эстрадиола) находился в пределах нормы. У 33 (82,5%) обследованных больных выявлена гиподинамия. Согласно данным, полученным с помощью опросника CINDI, преобладали пациенты с низким уровнем физической активности: 24 (60%); 8 (20%) были физически неактивны, пациентов со средним уровнем физической активности было 6 (20%), высокий уровень — имели 2 (5%) больных. Повышенный уровень тревожности наблюдался у 7 (17,5%) пациентов. Субклинические и клинические проявления депрессии выявлены у 5 (12,5%) больных.

Выводы. Таким образом, ведущими факторами риска развития инфарктом миокарда у большинства обследованных пациентов были нарушения липидного, углеводного обменов с развитием инсулинорезистентности, длительный стаж курения, гиподинамия и нарушение психосоматического статуса в виде депрессии и повышенного уровня тревожности.

0240

ОЦЕНКА ГИБЕРНИРУЮЩЕГО МИОКАРДА В ДИНАМИКЕ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Жидович Д.М., Щеглова Л.В.

Государственный Педиатрический медицинский университет, кафедра семейной медицины, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Выявление гибернирующего миокарда в зоне кровоснабжения инфаркт-зависимой артерии при различной тактике лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования. В исследовании включено 87 мужчин, поступивших в стационар с диагнозом: острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, в возрасте от 30 до 73 лет. Диагноз ОИМ устанавливался по критериям ВОЗ (клиническим, электрокардиографическим, энзимологическим). Все исследуемые больные были разделены на четыре группы в зависимости от тактики лечения ОИМ. I группу составили больные, которым выполнялся системный тромболизис, во II группу вошли больные которым была выполнена БАП и стентирование, в III группу вошли больные с системным тромболизисом и последующей БАП со стентированием и в IV группу вошли больные, получавшие только консервативную терапию по стандартной методике. Исследование больных проводилось через три и через шесть месяцев после перенесенного ОИМ и включало в себя оценку клинического состояния, регистрацию ЭКГ, стандартное ЭхоКГ-исследование и стресс-ЭхоКГ с добутамином для оценки жизнеспособности миокарда.

Результаты исследования. Через 3 месяца после ОИМ наибольший процент жизнеспособного миокарда был выявлен у больных которым проводилась БАП с последующим стентированием и в группе больных, у которых стентированию предшествовало проведение тромболизиса (соответственно:у 64% и 59% больных). В группе больных получавших только тромболитическую терапию и в группе консервативного лечения процент больных с жизнеспособным миокардом был достоверно меньше (соответсвенно:47% и 39%). При повторной стресс-ЭхоКГ через 6 месяцев гибернирующий миокард выявлен у 50% больных в I группе, у 62% больных во II группе, у 67% больных III группы и 34 % больных IV группы.

Выводы. Наличие жизнеспособного миокарда в зоне ИМ в значительной мере зависит от выбранной тактики лечения ОИМ. Достоверно больший процент жизнеспособного миокарда наблюдался у больных которым проводилось БАП и стентирование инфаркт-зависимой артерии в сочетании с тромболизисом или без него. При повторной стресс-ЭхоКГ через 6 мес достоверно значимого увеличения гибернирующего миокарда в области ОИМ не выявлено ни в одной группе исследуемых больных, что свидетельствует о стабильности состояния миокарда. При наличии жизнеспособного миокарда процессы ремоделирования оказались менее выраженными. Таким образом, наличие гибернирующего миокарда в зоне ИМ в значительной мере предупреждает структурно-геометрическую перестройку ЛЖ и следовательно очень важным представляется правильный выбор тактики лечения ОИМ уже в первые часы от начала заболевания.

0241

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДОВУЮ ПРОБУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ

Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Евсеев М.Е., Виноградов А.И.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. г. Великий Новгород

Цель исследования. Изучить вегетативную реакцию на холодовую пробу (ХП) у больных артериальной гипертензией (АГ) с различным исходным вегетативным профилем.

Материал и методы исследования. Обследованы 64 женщины (средний возраст 50,1±1,2 лет) больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007). Обследование проводилось в покое и при холодовой пробе (ХП), которая проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. Исследование вегетативной нервной системы (ВНС) проводилось методом вариационной интервалометрии с определением показателя индекс напряжения (ИН), отражающего активность симпатического отдела ВНС и напряженность регуляторных механизмов. К группе больных АГ с исходной симпатикотонией относились больные со значениями ИН в состоянии покоя ›200, с исходной ваготонией со значениями ИН в состоянии покоя ‹100. За симпатоадреналовую реакцию при проведении ХП принималось увеличение ИН , а за ваготоническую реакцию — уменьшение ИН. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования показали, что на ХП у больных АГ женщин как симпатотоников, так и ваготоников наблюдалось в основном 2 типа вегетативной реакции — симпатическая и ваготоническая. Причем у больных АГ с исходной ваготонией (ИН‹100 в состоянии покоя) симпатоадреналовая реакция на ХП отмечалась значительно чаще (в 69,2% случаев), чем в группе симпатотоников, где активация симпатоадреналовой системы при ХП выявлена в 46,7% случаев (хи2=9,007, p=0,002).

При ранжировании реакции симпатоадреналовой системы на ХП по степени повышения ИН было выявлено, что прирост ИН менее, чем на 10% у больных АГ с исходной симпатикотонией встречался в 35,7% случаев, тогда как в группе ваготоников такая незначительная симпатическая реакция не встречалась (χ^2=18,999, p=0,0001). У больных с исходной ваготонией в отличие от симпатотоников реакция на ХП в 100% случаев шла с увеличением ИН на 30% и более. То есть, при холодовом стрессе симпатоадреналовая реакция у ваготоников была более значительной. Несмотря на то, что даже при повышении ИН на 30% и более при ХП у ваготоников значения ИН могут находиться в пределах значений показателя, характерных для нормотонии, столь выраженную симпатическую реакцию на холодовой стресс у ваготоников можно интерпретировать как дезадаптивную.

0242

ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Жухоров Л.С., Вороная Ю.Л., Ястребов Г.Н. ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, Тверь

Проблема внезапной сердечной смерти определяет актуальность изучения вопросов, связанных с элек-

трической нестабильностью миокарда. В настоящее время активно изучаются различные предикторы внезапной смерти, однако остаётся практически неизученной роль иммунологических факторов. Существование дискуссии о безобидности экстрасистол высоких градаций на фоне интактного сердца определяет интерес изучения иммунного статуса у больных с различными вариантами экстрасистолии на фоне некоронарогенной патологии сердца.

Обследовано 47 больных (мужчин, средний возраст 25,1±1,7 года) с экстрасистолией на фоне некоронарогенной патологии сердца (пролапс митрального клапана, аномальные хорды левого желудочка). По результатам холтеровского мониторирования ЭКГ все больные разделены на 2 группы. В 1 группу (34 пациента, средний возраст 24,6±1,4 года) включены больные, имеющие наджелудочковую эктопическую активность (одиночная, парная, групповая) и одиночную желудочковую экстрасистолию I градации по Lown-Wolf. Во 2 группу (13 больных, 28,4±3,5 года) вошли больные с желудочковой экстрасистолией II-V градациями по Lown-Wolf.

При исследовании неспецифической резистентности оценивали общее содержание лейкоцитов, состав лейкоцитарной формулы крови. Функциональную и метаболическую активность лейкоцитов исследовали с помощью постановки спонтанного теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-теста) и определения среднего цитохимического коэффициента (СЦК). Определение достоверности различий проводилось путем вычисления критерия Стьюдента (t).

Установлено, что в обеих группах общее число лейкоцитов ($\times 10^9$ л) не имело статистически значимых отличий и составило 5,16±0,20 и 5,44±0,31 для 1-ой и 2-ой групп соответственно ($p>0,05$). Однако лейкоцитарная формула больных с желудочковыми экстрасистолами высоких градаций характеризовалась более высоким процентным содержанием лимфоцитов (31,21±1,41% и 37,62±1,33% в 1-ой и 2-ой группах, соответственно; $p<0,001$), при более низком относительном количестве сегментоядерных нейтрофилов (55,07±1,52% и 48,54±1,69% в 1-ой и 2-ой группах, соответственно; $p<0,01$)

Изучение фагоцитоза выявило снижение во 2 группе показателей спонтанного НСТ-теста в 1,8 раза (42,53±4,23% и 23,85±6,69% в 1-ой и 2-ой группах, соответственно; $p<0,05$) и СЦК в 2 раза (0,64±0,07 у.е. и 0,32±0,11 у.е. в 1-ой и 2 группах, соответственно; $p<0,05$), что указывает на уменьшение функционально-метаболической активности лейкоцитов.

Таким образом, установлено, что у больных с разными вариантами экстрасистолической аритмии на фоне некоронарогенной патологии имеются отличия в состоянии неспецифической резистентности, выражающиеся в различном процентном содержании лейкоцитов крови и активности фагоцитоза.

Полученные результаты не противоречат возможности существования взаимосвязи между особенностями аритмического синдрома и иммунологическими характеристиками организма.

0243

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Заболотских Т.Б., Скибицкий А.В., Сиротенко Д.В., Горло А.Е.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: определить наличие и степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств и оценить качество жизни у больных инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования: в обследование включено 52 пациента на стадии рубцевания инфаркта миокарда (32 мужчин и 20 женщин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении больницы скорой медицинской помощи. Средний возраст больных составил 58,8±2,7 лет. Проводилось тестирование с использованием шкалы тревоги и депрессии HADS, сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) и методики оценки качества жизни SF-36.

Полученные результаты. В результате тестирования по шкале HADS у 36 пациентов (69%) выявлена клинически выраженная тревога/депрессия, у 16 пациентов (31%) — субклинически выраженная тревога/депрессия. Тестирование с использованием опросника СМОЛ показало наличие высоких значений шкал депрессии, истерии, ипохондрии и психастении. У пациентов с инфарктом миокарда и тревожно-депрессивными расстройствами был выявлен достаточно низкий уровень качества жизни по опроснику SF-36: показатель физического функционирования в среднем составил — 44,5 балла, ролевого функционирования, обусловленного физическим

состоянием — 21,5 балла, интенсивности боли — 37,5 балла, общего состояния здоровья — 49,5 балла, жизненной активности — 48 балла, социального функционирования — 59,5 балла, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием — 34,1 балла и психического здоровья — 60,8 баллов.

Таким образом, в результате проведенного тестирования у всех больных с инфарктом миокарда были выявлены тревожно-депрессивные расстройства. У всех больных отмечались значимые изменения психоэмоционального статуса с преобладанием депрессивных, истероидных, ипохондрических и психастенических типов личности. У больных инфарктом миокарда в сочетании с клинически выраженными тревожно-депрессивными расстройствами значительно снижены показатели качества жизни. Вероятно, изученные изменения психоэмоционального статуса обусловлены ограничением физической активности и нарушением ролевого функционирования. Учитывая полученные данные, необходимо комплексное медикаментозное лечение с обязательным добавлением антидепрессантов первого ряда (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), а также проведение мероприятий психологической коррекции и психотерапии, что позволит уменьшить выраженность тревожно-депрессивных расстройств и повысить качество жизни больных с инфарктом миокарда.

0244

РАДИОНУКЛИДАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ПЕРФУЗИИ И СОКРАТИМОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Лишманов Ю.Б., Завадовский К.В.,

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно исследовательский институт кардиологи» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, г. Томск

Цель.Определить возможности радионуклидных методов исследования в обследовании пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы. В исследование включены 79 пациентов: 64 (основная группа) — с ТЭЛА и 15 (группа сравнения) — с ишемической болезнью сердца и недостаточностью кровообращения ФК I-II по NYHA. Средний возраст больных в группах составил 60,3±10,4 и 59,0±9,0 лет соответственно. Радионуклидные исследования включали вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких и радионуклидную равновесную томовентрикулографию.

Результаты. По данным ветлиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких тромбоэмболия легочной артерии характеризовалась дефектами перфузии клиновидной формы, накопление вентиляционного РФВ в проекции которых не было снижено. Фракции выброса и ударный объем ПЖ у пациентов с ТЭЛА были достоверно меньшими, а значения КСО ПЖ значимо большими, по отношению к группе сравнения. Наиболее значимые межгрупповые различия были выявлены по скоростным показателям. Так, значения МСН, ССН/3 в группе пациентов с ТЭЛА были достоверно более низкими, а МСИ и ВМН, наоборот, более высокими, что является проявлением дисфункции правого желудочка. Кроме того, у пациентов с ТЭЛА наблюдалось достоверно большие значения времени максимального наполнения ПЖ. Количество гипоперфузируемых легочных сегментов в основной группе больных составило от 1 до 10 (в среднем 4,1±2,3). В этой группе встречались пациенты как без признаков контрактильной дисфункции ПЖ, так и с наличием таковой. Кроме того, форма дефектов перфузии легких у пациентов со сцинтиграфическими признаками правожелудочковой дисфункции характеризовались четкими, ровными контурами, очертания их соответствовали форме бронхолегочных сегментов. У пациентов же без признаков сократительной дисфункции ПЖ границы между дефектом перфузии и условно интактной легочной тканью визуально были менее четкими.

Заключение. Выполнение вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких позволяет с высокой с высокой отрицательной предсказательной значимостью исключать ТЭЛА из диагностического поиска. Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких показана при подозрении на эмболию субсегментарных ветвей легочной артерии. Анализ результатов томовентрикулографии позволяет считать, что признаками дисфункции правого желудочка при тромбоэмболии ветвей легочной артерии являются: уменьшение его ударного объема, а также снижение максимальной скорости изгнания и наполнения. Указанные изменения выявляются даже при незначительном объеме эмболизации сосудов малого круга кровообращения.

0245

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПОДРОСТКОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ СИБИРИ (2003-2009)

Завьялова Л.Г., Денисова Д.В., Рагино Ю.И., Иванова М.В., Максимов В.Н., Орлов П.С.

ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, Новосибирск, Россия

Метаболический синдром (МС) — это комплекс факторов риска кардиоваскулярной патологии и сахарного диабета 2-го типа. Известно, что количество подростков, у которых нарушен метаболизм глюкозы, в последнее десятилетие значительно увеличилось. По результатам полногеномных ассоциативных исследований выявлена связь ряда генов с риском развития метаболического синдрома. Цель: Изучение трендов распространенности МС и анализ ассоциации полиморфизма гена FTO с компонентами МС в подростковой популяции Сибири. Методы: Проведены одномоментные (кросс-) популяционные исследования случайных репрезентативных выборок школьников 14–17 лет обоего пола. Обследование подростков проводилось в 2003 (663 подростка) и в 2009 гг. (742 подростка). Программа обследования включала опрос, 2-кратное измерение артериального давления (АД), антропометрию (рост, масса тела, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), толщина кожных складок (ТКС) на плече и под лопаткой), определение общего холестерина (ОХС), триглицеридов, ХС липопротеидов высокой плотности (ХСЛВП), глюкозы, инсулина. Распространенность компонентов МС оценивалась по IDF критериям (2007): абдоминальное ожирение (≥ 90 процентиль окружности талии) и наличие двух или более других компонентов МС (триглицериды ≥ 150 мг/дл, ХСЛПВП ‹ 40 мг/дл, АД ≥ 130/85 мм.рт.ст, уровень глюкозы в плазме крови ≥ 5,6 ммоль/л). Геномную ДНК выделяли из венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Полиморфизм гена FTO по ОНП rs9939609 тестировали с помощью ПЦР в реальном времени в соответствии с протоколом фирмы производителя. Результаты: В период 2003–2009 распространенность абдоминального ожирения среди подростков имеет тенденцию к росту, распространенность низкого уровня ХСЛПВП в 2009 году удвоилась, при сравнении с 2003 годом (12,1% против 6,0%, P<0,001), подобная динамика наблюдалась при изучении повышенного АД (в 2003 — 9,4%, в 2009 году — 15,0%, P<0,001). Значимо возросла частота гипергликемии (1,3 % в 2003 и 4,0% в 2009 г., P <0,001). Распространенность МС по IDF критериям (2007) среди подростков в 2009 году несколько увеличилась (0,3% и 0,5% соответственно). У подростков с избыточной массой тела (ИМТ) достоверно чаще встречался генотип AA (32% против 15,6% в группе с нормальной массой тела, P<0,001) и аллель A (52,6% против 42,7, соответственно, P<0,04). У подростков с генотипом AA были достоверно выше показатели массы тела (P<0,040), индекса Кетле (P<0,04), ОБ (P<0,000), суммы ТКС (P<0,01) по сравнению с подростками, имеющими генотипы TT и AT. Носительство генотипа AA ассоциировано с повышенным риском развития ИМТ: ОШ = 2,56 (95%-й ДИ 1,4-4,6). Заключение. За период 2003–2009 гг. отмечается тенденция к росту распространенности МС среди Сибирских подростков. Вызывает обеспокоенность увеличение распространенности большинства компонентов МС. Выявлено, что полиморфизма rs9939609 гена FTO значимо связан с рядом компонентов МС и может использоваться для отбора лиц с повышенным риском ИМТ, ожирения и МС.

0246

ВОЗМОЖНОСТИ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель исследования: изучение диастолической функции левого желудочка методом тканевой допплер-эхокардиографии у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты обследования 51 больного хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил 34,2±8,1 года. Контрольную группу составили 18 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой пациентов. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате «VIVID -3-expert GE» с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. Части пациентам проводилась тканевая миокардиальная допплер-эхокардиография с оценкой диастолической функции в точке митрального кольца (МК), трику-

спидального кольца (ТК) и задней стенки левого желудочка ЗСЛЖ). Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0».

Результаты исследования. При проведении ЭхоКГ четырех известных типов потока у больных ХП встречались 2 типа: нормальный и гипертрофический тип. Диастолическая дисфункция была оценена как качественный показатель, имеющий две характеристики: «есть-нет». При проведении стандартного эхокардиографического исследования нарушения диастолического наполнения были выявлены у 14,4% пациентов. В дальнейшем 30 пациентам с хроническим простатитом, у которых по данным стандартной ЭхоКГ не было выявлено нарушений движения миокарда, была проведена тканевая допплер-эхокардиография. По результатам последней количество пациентов с нарушением функции расслабления того или иного сегмента миокарда возросло до 60,7%, что свидетельствует о четырехкратном увеличении частоты выявления диастолической дисфункции левого желудочка методом тканевого допплера по сравнению со стандартной эхокардиографией. Выявлено, что основные изменения движения миокарда касаются области МК и ЗСЛЖ, тогда как различия движения в точке ТК между группой больных ХП и контролем были статистически незначимы. Установлено, что в точке МК пиковая скорость раннего диастолического расслабления (Em) у больных ХП была снижена на 14,3%, пиковая скорость в фазу систолы предсердий (Am) — на 25%, а их соотношение (Em/Am) — более чем в 1,5 раза ниже по сравнению с аналогичными показателями здоровых лиц. В точке ЗСЛЖ у больных ХП показатель Em был снижен на 35,3%, соотношение Em/Am уменьшено 2 раза, а систолический временной интервал ФМН, напротив, был увеличен на 17% по сравнению с контролем.

Выводы. Наиболее информативным методом диагностики диастолической дисфункции левого желудочка у больных хроническим простатитом является миокардиальная допплер-эхокардиография. Основными зонами нарушения движения миокарда являются область митрального кольца и задней стенки левого желудочка. Это свидетельствует о нарушении функции расслабления преимущественно левых отделов сердца при интактности правого желудочка.

0247

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И ИНВАЗИВНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Закирова А. Н., Николаева И. Е., Ермолаев Е. Н., Жамалов Л. М., Темирова Л. В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: Оценить сопоставимость результатов проведения мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий и инвазивной коронарной ангиографии у больных ишемической болезнью сердца и определить возможность применения данного метода для скрининга в амбулаторной практике.

Материалы и методы: Обследовано 32 пациента с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II — III функциональных классов, в возрасте 43 — 73 лет (средний возраст 58,4+/- 9,31). У 14 пациентов был в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Мультиспиральную компьютерную томографию проводили на аппарате фирмы «Toshiba», с толщиной выделяемого среза 0,5 мм при внутривенном введении контрастного препарата «Ультравист 370» в объеме 80 мл. Селективную коронарную ангиографию выполняли на рентгеновской установке «Philips Integris Allura» со стандартным программным обеспечением. Сравнение показателей степени стеноза проводилось по артериям посегментарно. За значимые принимали стенозы более 50%. Было исследовано 384 сегмента, 24 сегмента не были включены в анализ из-за артефактов.

Результаты: При проведении коронарной ангиографии значимые стенозы выявлены в 104 (28,9%) из 360 сегментов коронарных сосудов. При использовании мультиспиральной компьютерной томографии данный показатель составил 96 (26,7%) значимых стенозов коронарных артерий.

По результатам проведения инвазивной ангиографии в 256 (71,1%) сегментах значимых стенозов не обнаружено, а при использовании мультиспиральной компьютерной томографии значимые стенозы не были выявлены в 238 (66,1%) сегментах.

В 14 (3,9%) случаях стенозы, выявленные при мультиспиральной компьютерной томографии, не были подтверждены данными коронарной ангиографии; в 12 (3,3%) случаях стенозы не были диагностированы из-за плохого качества изображения.

При сопоставлении результатов мультиспиральной компьютерной томографии при различных типах бляшек в ряде случаев обнаружились тенденции к переоценке степени стеноза при наличии кальцинатов.

Выводы: Диагностическая ценность мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий сопоставима с таковой при проведении инвазивной коронароангиографии. Представляется возможным использование данного метода в амбулаторных условиях для проведения скрининговых исследований.

0248

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Закирова А.Н., Фаткуллина Е.З., Закирова Н.Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Уфа

Цель. Оценить выраженность ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и уровень прометаллопротеиназы (ПроММП-1) и тканевого ингибитора металлопротеиназы (ТИМП-1) у пациенток с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы. В исследование включены 108 женщин, страдающих АГ II-III степени и МС. Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). Исследование содержания ПроММП-1 и ТИМП-1 проводили иммуноферментным методом.

Результаты. У лиц с избыточной массой тела содержание ПроММП-1 имело тенденцию к повышению по сравнению с данными здоровых лиц ($p>0,05$). Концентрация ПроММП-1 у лиц с ожирением 2 степени значимо увеличилось на 62,7% по сравнению с контролем и на 39,7% превысило данные пациенток с избыточной массой тела ($p<0,05$). Максимальные значения ПроММП-1 достигнуты у женщин с ожирением 3 степени: их значения выросли по сравнению с контролем в 2,7 раза и в 2,3 раза превысили параметры лиц с избыточной массой тела ($p<0,05$). Величина ПроММП-1 у женщин с АГ и ожирением 3 степени существенно отличалась от показателей пациенток с ожирением 2 степени (69,1%; $p<0,05$). Наиболее выраженные изменения в системе ПроММП-1 и ТИМП-1 зарегистрированы у женщин с АГ и ожирением 3 степени. Уровень ТИМП-1 у этих пациентов был достоверно ниже как данных контроля (37,3%, $p<0,05$), так и показателей у женщин с избыточной массой тела (50,32 %, $p<0,05$), а также был значимо меньше на 33,05 %, по сравнению с данными женщин с ожирением 2 степени. Отмечено увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), ассоциированное с возрастанием степени ожирения. Показатель ММЛЖ в группе женщин с АГ и ожирением 2 степени на 22 % превышал этот параметр у женщин с АГ и избыточной массой тела, а у пациенток с ожирением 3 степени был на 13,4 % выше, чем в группе лиц с ожирением 2 степени. Наиболее существенные различия были установлены при сравнении данных пациенток с избыточной массой тела и ожирением 3 степени (38,3 %, $p<0,05$). У пациенток с ожирением 2 степени индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) был на 38,3 % выше, чем у женщин с избыточной массой тела. В группе лиц с ожирением 3 степени значение ИММЛЖ на 16,3 % превышало этот параметр у пациенток с ожирением 2 степени. Значимое изменение этого показателя было выявлено только при сопоставлении данных ИММЛЖ у женщин с избыточной массой тела и ожирением 3 степени (60,9 %; $p<0,05$).

Выводы. Развитие абдоминального ожирения у пациенток с АГ и МС взаимосвязано с дисбалансом в системе ПроММП-1 и ТИМП-1 и характеризуется повышением ПроММП-1 и снижением ТИМП-1. Развитие процессов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных АГ с МС ассоциируется с выраженностью ожирения и наиболее существенно при ожирении 3 степени.

0249

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Закирова Н.Э., Фахретдинова Е.Р., Хамидуллина Р.М., Мухамедрахимова А.Р.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Ранняя диагностика и своевременное адекватное лечение дают возможность существенно снизить ле-

тальность и инвалидизацию больных, перенесших инфаркт миокарда(ИМ). Целью исследования было выявить наиболее типичные ошибки в диагностике и лечении ИМ . Нами были изучены 200 случайно выбранных историй болезни пациентов, выписанных с диагнозом ИМ из стационаров города Уфы, в том числе мужчин — 119 человек(60%), женщин — 81(40%). Средний возраст больных составил 54,7±8,1 года.

Нами оценивалась своевременность и обоснованность диагноза по данным собранного анамнеза, физикальных методов обследования, методов электрокардиографического и ультразвукового исследования сердца, лабораторных данных, уделяя особое внимание определению тропонинов, коронароангиографии (КАГ). Эффективность лечения оценивалась по соответствию их современным рекомендациям по лечению ИМ.

При проведении комплексного анализа стационарного обследования нами выявлено, что диагноз ИМ был подтвержден у 192 больных(96%), при этом всем больных выполнены все стандарты диагностики. Ошибки диагностики были связаны с неверной интерпретацией данных ЭКГ, когда за острую патологию принимались рубцовые изменения, аневризма левого желудочка или полная блокада левой ножки пучка Гиса. У 4 пациентов диагноз был выставлен лишь перед выпиской. Анализируя адекватность проводимого лечения, была выявлена недооценка врачами эффективности тромболитической терапии. Из 86 больных, которым тромболизис был показан, его провели лишь 34 , что составляет 40 %. Наиболее часто встречаемая ошибка — назначение низких доз статинов, их назначали в высоких дозах лишь 32% больных. Обезболивание в 32 случаях (16%) проводилось анальгином или баралгином. Имели место замена нефракционированного гепарина на низкомолекулярный и наоборот, необоснованное назначение пролонгированных нитратов. Не уделялось должного внимания ЛФК. В тоже время в назначениях встречались мелдронат, витамины, эуфиллин, в целях повышения артериального давления использовали в 15 случаях гормоны. Необходимо отметить, что при этом во всех историях были назначены аспирин, клопидогрель, β-блокаторы, ингибиторы АПФ или АРА, статины, гепарины.

Таким образом, типичные и наиболее значимые ошибки в диагностике и лечении ИМ связаны с недостаточной кардиологической практикой врачей, оказывающих помощь при ИМ.

0250

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АМЛОДИПИНОМ, ВАЛЬСАРТАНОМ И ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фахретдинова Е.Р., Закирова Н.Э., Халикова З.М., Фахретдинова Д.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность терапии больных гипертонической болезни (ГБ) комбинацией амлодипина, вальсартана и гидрохлортиазида.

В исследовании принимало участие 25 пациентов. Все пациенты с гипертонической болезнью 2 стадии 3 степени. Среди них 9 мужчин и 16 женщин, средний возраст 46±9,6 года. Диагноз гипертонической болезни был верифицирован на основании объективного осмотра, данных ЭКГ, СМАД, ЭХОКГ, УЗДС, лабораторных данных (уровень креатинина, микроальбуминурия, скорость клубочковой фильтрации) осмотра невролога. В исследование включены не были пациенты с нарушением функции почек, печени, ишемической болезнью и сахарным диабетом. Все пациенты были госпитализированы в Республиканский кардиологический диспансер в связи с рефрактерностью к лечению.

После проведенного обследования всем больным была назначена фиксированная комбинация препаратов амлодипина в дозе 5 мг, вальсартана 160 мг и гидрохлортиазида 12,5 мг. Эффективность лечения оценивалась по уровню снижения АД и изменению самочувствия. Больным (9человек), у которых АД через 2 недели лечения не достигло целевого уровня (140/90мм рт.ст.), дозу препаратов увеличивали. У 7 пациентов использовалась фиксированная комбинация амлодипин 10 мг, вальсартан 160 мг и гидрохлортиазида 12,5 мг, а у 2 больных — амлодипин 10 мг, вальсартан 320 мг и гидрохлортиазида 25 мг. Кроме того, пациентам с гиперлипидемией были назначаны статины (розувастатин, аторвостатин). После достижения целевого уровня АД всем к лечению добавлялся аспирин 0,125 мг.

При первичном осмотре средние АД систол было 198,8±13,74 мм рт.ст. и АД диаст. — 106,4±10,35 мм рт.ст., ЧСС 87 ±9,07 в мин. В результату лечения были достигнуты следующие параметры: средние АД систол — 128,8±5,86 мм рт.ст. и АД диаст. — 75,1±2,65 мм рт.ст., ЧСС — 73,7 ±4,07 в мин. При этом отличные результаты (снижение уровня АД до 135/85 мм рт.ст. и ниже) были получены у 19 пациентов (76%), хорошие результаты (снижение уровня АД менее, чем на 20% от исходного) у 5 человек (20 %), удовлетворительный результат (снижение уровня АД менее, чем на 10%) — 1 больной(4 %), неудовлетворительных результатов получено не было.

На фоне комбинированной терапии амлодипином, вальсартаном и гидрохлортиазидом на ЭКГ в динамике существенных изменений не отмечалось, уровень калия, креатинина, показатели липидного и углеводного обмена существенно не менялись. Причем показатели липидного обмена имели тенденцию к улучшению.

Все пациенты были осмотрены через 15 и 30 после начала лечения. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, выявлено не было. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия после начала лечения. Побочных эффектов, требующих отмены препарата не выявлено.

Таким образом, комбинированная терапия амлодипином, вальсартаном и гидрохлортиазидом эффективно и безопасно снижает давление до целевого уровня , при этом не оказывает существенного влияния на липидный и углеводный обмен(колебания показателей липидного и углеводного обмена статистически не достоверны), хорошо комбинируется с другими препаратами.

0251

ЭКСПРЕССИЯ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Закирова А.Н., Абдюкова Э.Р., Закирова Н.Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Уфа

Цель исследования: оценить роль нарушений адгезивной функции эндотелия в развитии фибрилляции предсердий (ФП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 111 больных ХСН I-IVфункционального класса (ФК) ишемической этиологии, которые в зависимости от наличия ФП и ФК ХСН разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 26 больных ХСН I-IIФК без ФП. 2-ю группу составили 28 больных ХСН I-IIФК с ФП. В 3-ю группу вошли 27 пациентов ХСН III-IVФК без ФП, 4-ю группу составили 30 больных ХСН III-IVФК с ФП. В контрольную группу вошли 25 здоровых лиц. Об адгезивной функции эндотелия судили по концентрации растворимых молекул межклеточной адгезии sVCAM-1 и sE-селектина, которые определили иммуноферментным методом.

Исследование внутрисердечной гемодинамики проводили методом эхокардиографии с оценкой линейных и объемных показателей левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП).

Результаты. У больных ХСН I-IIФК без ФП содержание sVCAM-1 и sE-селектина не отличалось от контроля, а при сочетании с ФП отмечено значимое повышение их значений.

По мере прогрессирования заболевания у пациентов ХСН III-IVФК как с ФП, так и без нарушений ритма сердца существенно возросли уровни молекул межклеточной адгезии. Максимальные показатели sVCAM-1 и sE-селектина зарегистрированы у больных ХСН III-IVФК при наличии ФП.

При корреляционном анализе, проведенном у больных ХСН III-IVФК, установлена взаимосвязь между параметрами sVCAM-1 и sE-селектина, определены их взаимосвязи с показателями индекса объема ЛП и объемными параметрами ЛЖ. Выявлены зависимости между содержанием молекул адгезии и показателями индекса массы миокарда ЛЖ и ФК ХСН.

Заключение. Нарушения адгезивной функции эндотелия с повышенной экспрессией sVCAM-1 и sE-селектина ассоциируются с тяжестью течения ХСН и наличием ФП, что свидетельствует о важной роли нарушений адгезивной функции эндотелия в развитии ФП у больных ИБС, осложненной ХСН.

0252

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Закирова А.Н., Фаткуллина Е.З., Закирова Н.Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Уфа

Цель. Оценить выраженность ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и содержание инсулиноподобного фактора роста (ИФР-1) у пациенток с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы. В исследование включены 108 женщин, страдающих АГ II-III степени и МС. Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 1-я группа с избыточной массой тела (n=36), 2-я группа с ожирением 2 степени (n=38), 3-я группа с ожирением 3 степени (n=34). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, давности АГ. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин — добровольцев. Исследование содержания ИФР-1 проводили иммуноферментным методом.

Результаты. При сравнительной оценке содержания ИФР-1 у больных АГ и МС с различной степенью ожирения установлено, что возрастание ожирения ассоциировалось со значимым снижением параметров ИФР-1, концентрация которого была минимальна при ожирении 3 степени. У пациенток АГ с избыточной массой тела содержание ИФР-1 имело тенденцию к повышению по сравнению с данными здоровых лиц. Концентрация ИФР-1 у лиц с ожирением 2 степени уменьшилось на 7,1% по сравнению с контролем и на 24,3% отличались от данных пациенток с избыточной массой тела ($p<0,05$). В то же время у больных АГ с избыточной массой тела отмечено существенное превышение его значений при сопоставлении с данными здоровых лиц. Наиболее выраженные изменения ИФР-1 зарегистрированы у женщин с АГ и ожирением 3 степени. Уровень ИФР-1 у этих пациентов был достоверно ниже как данных контроля (23,8 %, $p<0,05$), так и показателей у женщин АГ с избыточной массой тела (37,9%, $p<0,05$), а также был меньше на 17,9%, по сравнению с данными женщин с ожирением 2 степени. Установлено увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), ассоциированное с возрастанием степени ожирения. Показатель ММЛЖ в группе женщин с АГ и ожирением 2 степени на 22 % превышал этот параметр у женщин с АГ и избыточной массой тела, а у пациенток с ожирением 3 степени был на 13,4 % выше, чем в группе лиц с ожирением 2 степени. Наиболее существенные различия были установлены при сравнении данных пациенток с избыточной массой тела и ожирением 3 степени (38,3 %, $p<0,05$). У лиц с ожирением 2 степени индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) был на 38,3 % выше, чем у женщин с избыточной массой тела. В группе лиц с ожирением 3 степени значение ИММЛЖ на 16,3 % превышало этот параметр у пациенток с ожирением 2 степени. Значимое изменение этого показателя было выявлено только при сопоставлении данных ИММЛЖ у женщин с избыточной массой тела и ожирением 3 степени (60,9 %; $p<0,05$).

Выводы. Развитие процессов ремоделирования миокарда ЛЖ и снижение показателей ИФР-1 у больных АГ и МС ассоциируется с выраженностью ожирения и наиболее существенно при ожирении 3 степени.

0253

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТ МИОКАРДА У МУЖЧИН СТАРШЕ 65 ЛЕТ

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фаткуллина З.С., Фахретдинова Е.Р.,Мамлеева Н.А., Туктарова Ф.С.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Целью исследования было выявить особенности развития, клиники, диагностики острого инфаркта миокарда у мужчин старше 65 лет.

Нами обследовано 30 мужчин в возрасте 69±6,8 года, у которых был выявлен острый инфаркт миокарда (ИМ). В группу сравнения вошли 20 мужчин с ИМ, не достигшие 65 лет (средний возраст 49±6,3 года). Среди пациентов старшего возраста на учете с гипертонической болезнью состояли 26 человек, в контрольной группе — 12, с сахарным диабетом — 17 (в том числе впервые выявленным двое) и 3 соответственно. При анализе данных анамнеза было выявлено, что у лиц пожилого возраста развитию инфаркта миокарда чаще, чем у лиц среднего возраста, предшествовала прогрессирующая стенокардия и усиление проявлений сердечной недостаточности. Кроме того, у 7 пожилых пациентов был диагностирован бессимптомный вариант ИМ, в то время как в группе сравнения такой пациент был только один. Также количество пациентов, которые уже перенесли один или несколько инфарктов, больше среди лиц пожилого и тем более старческого возраста было выше, чем в контрольной группе, (19 и 2 соответственно). Нами обнаружено, что нерегулярный прием лекарственных препаратов или отказ от лечения являлся провоцирующим фактором развития острого инфаркта миокарда у 6 больных, в то время как у лиц среднего возраста такая причина никем не была указана.

Нами было выявлено, что течение ИМ у большинства лиц старческого возраста(60 %) было обычно тяжелое, сопровождалось развитием острой сердечной недостаточности, тяжелых аритмий, тромбоэмболий,

кардиогенного шока. У молодых пациентов тяжелые осложнения встречались реже лишь у 25%. Затрудняло установление диагноза и скудность изменений на ЭКГ, поздняя ЭКГ — динамики. Поэтому особое значение в диагностике ИМ у пожилых приобретают лабораторные методы исследования: выявление повышенного уровня тропонина, МВ-фракции креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы -1 и оказывают большую помощь в диагностике острого инфаркта миокарда, выступая критерием постановки диагноза у 50-60% больных в острый период.

В лечении лиц старшего возраста применялись те же препараты, что и у молодых: ацетилсалициловая кислота, клопидогрель, β-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины, верошпирон, лишь в меньших дозах. Высокотехнологичные методы лечения ИМ (ЧКВ, тромболизис) у пожилых использовались реже, чем в группе сравнения (у 6 и 14 больных соответственно) из-за обилия противопоказаний.

Таким образом, лица старческого возраста требуют особого внимания потому, что начало ИМ нередко принимается за обострение одного из хронических заболеваний, поскольку характеризуется высокой частотой безболевых форм. Это приводит к задержке назначения ЭКГ и лабораторной диагностики, поздней госпитализации, высокой частоте развития осложнений.

0254

ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА В-1 И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Закирова А.Н., Фаткуллина Е.З., Закирова Н.Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Уфа

Цель. Оценить выраженность ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и содержание трансформирующего фактора роста-В1 (ТФР-В1) у пациенток с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы. В исследование включены 108 женщин, страдающих АГ II-III степени и МС. Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 1-я группа с избыточной массой тела (n=36), 2-я группа с ожирением 2 степени (n=38), 3-я группа с ожирением 3 степени (n=34). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, давности АГ. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин — добровольцев. Исследование содержания ТФР-В1 проводили иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено, что у больных АГ и МС (общая группа) средний уровень ТФР-В1 в 1,7 раза превышал показатели контроля ($p<0,001$). У лиц с избыточной массой тела содержание ТФР-В1 имело тенденцию к повышению по сравнению с данными здоровых лиц ($p>0,05$). Концентрация ТФР-В1 у больных АГ с ожирением 2 степени значимо увеличилось на 72,5% по сравнению с контролем и на 27% превысило данные пациенток с АГ и избыточной массой тела ($p<0,05$). Максимальные значения ТФР-В1 достигнуты у женщин с АГ и ожирением 3 степени. Их значения выросли по сравнению с контролем в 2,2 раза и в 1,6 раза превысили параметры пациенток с АГ и избыточной массой тела ($p<0,05$). Величина ТФР-В1 у женщин с АГ и ожирением 3 степени существенно отличалась от показателей пациенток с ожирением 2 степени (22,9%; $p<0,05$). Отмечено увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), ассоциированное с возрастанием степени ожирения. Показатель ММЛЖ в группе женщин с АГ и ожирением 2 степени на 22 % превышал этот параметр у женщин с АГ и избыточной массой тела, а у пациенток с ожирением 3 степени был на 13,4 % выше, чем в группе лиц с ожирением 2 степени. Наиболее существенные различия были установлены при сравнении данных пациенток с избыточной массой тела и ожирением 3 степени (38,3 %, $p<0,05$). У пациенток с ожирением 2 степени индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) был на 38,3 % выше, чем у женщин с избыточной массой тела. В группе лиц с ожирением 3 степени значение ИММЛЖ на 16,3 % превышало этот параметр у пациенток с ожирением 2 степени. Значимое изменение этого показателя было выявлено только при сопоставлении данных ИММЛЖ у женщин с избыточной массой тела и ожирением 3 степени (60,9 %; $p<0,05$).

Выводы. Развитие процессов ремоделирования миокарда ЛЖ и изменения показателей ТФР-В1 ассоциированы с выраженностью абдоминального ожирения и наиболее существенны у женщин с АГ и ожирением 3 степени.

0255

ПРИМЕНЕНИЕ ТИКАГРЕЛОРА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТ МИОКАРДА

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фахретдинова Е.Р., Мухамедрахимова А.Р., Гадельшина М.Ф., Еникеева А.Р., Прудько Е.Л

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа.

Целью исследования явилось оценить эффективность и безопасность применения тикагрелора у больных с острым инфарктом миокарда.

В исследование были включены 38 больных, мужчин в возрасте 48 ±9,6 лет, перенесших острый инфаркт миокарда и находящихся на стационарном этапе лечения в Республиканском кардиологическом диспансере. Крупноочаговый инфаркт миокарда был диагностирован у 22 больных, в том числе трансмуральный у 10 пациентов. Мелкоочаговый инфаркт — у 16 человек. Инфаркт нижней локализации был определен в 21 случае, а передней — 17. Всем больным проведены ЭХОКГ, ЭКГ в динамике, мониторирование ЭКГ и коронароангиография (КАГ). 12 пациентам Схема лечения кроме аспирина, нитратов, β-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов и верошпирона включала в себя тикагрелор. Его назначали: сначала нагрузочная доза 180 мг в день, затем 90 мг 2 раза в день. Контрольную группу составили 30 больных, сопоставимых по возрасту и полу, перенесших острый инфаркт миокарда, в схему лечения которых входил клопидогрель. В исследование не включались пациенты с почечной недостаточностью и выраженными нарушениями функции печени.

У всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, улучшение самочувствия, уменьшение числа или отсутствие ангинозных приступов, снижение потребности в нитратах, в том числе в аэрозольных формах. Все пациенты лечение переносили хорошо. В группе, получавшей тикагрелор, побочных эффектов выявлено не было. В контрольной группе у 2 больных отмечена повышенная кровоточивость и отечность десен.

Нами была выявлена хорошая переносимость тикагрелора и клопидогреля. Побочных действий, требующих отмены препаратов, в нашем исследовании выявлено не было. Всем пациентам было рекомендовано принимать препараты в течение года. На контрольном осмотре через полгода все пациенты продолжали терапию тикагрелором и клопидогрелем.

Таким образом, включение в схему лечения острого инфаркта миокарда препарата тикагрелор улучшает самочувствие больных после инфаркта миокарда. Эффективность и удобство применения позволяет рекомендовать тикагрелор для применения в реабилитации больных

0256

КЛИНИКА И ДИАНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фахретдинова Е.Р., Фаткуллина З.С., Агзамова Л.Ф, Мамлеева Н.А., Туктарова Ф.С.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Ишемической болезнью сердца (ИБС) страдают чаще мужчины. Из 504 больных ИБС, пролеченных в 1 кардиологическом отделении Республиканского кардиологического диспансера, женщины составили лишь 31% (157 человек). Средний возраст пациенток составил 62±6,8 года, что выше, чем средний возраст мужчин, который составил 54±8,9 года. Среди обследованных женщин 136 (87%) страдали гипертонической болезнью, а 36 пациенток (23%) состояли на учете у эндокринолога с сахарным диабетом. У обследованных мужчин эти показатели были ниже 222(64%) и 48(14%) соответственно. Инфаркт миокарда перенесли 96 мужчин (28%) и 25 женщин (25%). Кроме того, из сопутствующих заболеваний часто встречались ЦВЗ, хронические обструктивные заболевания легких, заболевания щитовидной железы, язвенная болезнь желудка.

Мужчины предъявляли в основном жалобы на загрудинные боли, возникающие при ходьбе или иной физической нагрузке, купирующиеся в покое или после приема нитроглицерина. Жалобы женщин носили несколько иной характер. Женщины чаще рассказывают об одышке и разнообразных болях, больше напоминающих кардиоалгии, возникновение болей связывают не только с физической, но и с эмоциональной

нагрузкой. Как правило, женщины плохо переносят нитраты, зато чаще используют валидол или корвалол. Диагностика ИБС у женщин тоже имела свои особенности. Например, у женщин уровень холестерина и ЛПНП был несколько выше, чем у мужчин. Изменения на ЭКГ в виде гипертрофии левого желудочка, нарушения реполяризации и др. чаще встречались у мужчин. При проведении Холтеровского мониторирования ЭКГ значимая депрессия сегмента ST у женщин выявлялась чаще, чем у мужчин. Различные нарушения ритма встречались с примерно одинаковой частотой в обеих группах. По данным ЭХОКГ у мужчин выявлены достоверно больше размеры камер сердца, что может быть связано с особенностями анатомии, т.к. существенных различий при определении ФВ не выявлено. При проведении коронароангиографии (КАГ) обнаружены изменения коронарных артерий у мужчин в 52% случаев, а женщин — в 29 %. Причем у женщин реже встречалось многососудистое поражение коронарных артерий, чем у мужчин.

Таким образом, клиника и диагностика ИБС у женщин имеет ряд особенностей, поэтому требует большего внимания при оценке жалоб и интерпретации результатов обследования.

0257

ЭФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Закирова Н.Э., Фаткуллина З.С., Хамидуллина Р.М., Фахретдинова Е.Р., Мамлеева Н.А., Хузина А.К.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Оценить эффективность и безопасность препарата бисопролол у больных ишемической болезнью сердца (ИБС),

Нами обследовано 65 больных с ИБС. Средний возраст 64,2±7,2 года. Среди пациентов было 46% мужчин и 54% женщин. В схему лечения пациентов кроме аспирина, ингибиторов АПФ или АРА, статинов входил β-блокатор бисопролол. В течение 16 недель все больные получали бисопролол однократно утром в дозе 5-10 мг. Доза подбиралась индивидуально. Терапевтический эффект бисопролола контролировался путем измерения пульса в течение дня, изучалось влияние на качество жизни путём регистрации приступов стенокардии в неделю. Контрольную группу составили больные, сопоставимые по возрасту и полу, в схему лечения которых входили другие β-блокаторы.

Эффективность лечения оценивалась по интенсивности ангинозных болей. До лечения у 19% пациентов отмечалось более 20 приступов стенокардии в неделю, у 14% — 11-20 приступов стенокардии в неделю, у 14,5% — 6-10 приступов стенокардии в неделю, у 33,5% — 3-5 приступов стенокардии в неделю, у 19% — 1-2 приступа стенокардии в неделю. Через 4 месяца отмечалась выраженная положительная динамика: ни у одного из пациентов не было зафиксировано более 20 приступов стенокардии в неделю. У 13% пациентов отмечалось — 11-20 приступов стенокардии в неделю, у 10% — 6-10 приступов стенокардии в неделю, у 10% — 3-5 приступов стенокардии в неделю, у 25 % — 1-2 приступа стенокардии в неделю. Приступы стенокардии были полностью устранены у 42% пациентов. У всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений. По данным мониторирования ЭКГ средняя частота сердечных сокращений достигала в среднем 70 ударов в мин. (в том числе у больных с фибрилляцией предсердий) По сравнению с контрольной группой достоверно реже выявлялись нарушения ритма такие, как экстрасистолия, синусовая тахикардия. Выявлена тенденция к уменьшению параксизмов наджелудочковой тахикардии, мерцательной аритмии. Артериальное давление снизилось и оставалось на уровне ниже 140/90 мм рт.ст. В отличии от контрольной группы не требовалось назначение дополнительных гипотензивных препаратов. Это свидетельствует о повышении качества жизни и подтверждает высокую эффективность препарата.

Нами была выявлена хорошая переносимость бисопролола. Побочных действий требующих отмены препараты в нашем исследовании выявлено не было.

Отсутствие приступов стенокардии, удовлетворительное самочувствие позволяли раньше начать расширение двигательного режима по сравнению с контрольной группой, что в дальнейшем положительно влияет на прогноз.

Таким образом, бисопролол — эффективный β-блокатор, который не вызывает метаболических нарушений и улучшает качество жизни больных ИБС.

0258

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Закирова А.Н., Хамидуллина Р.М., Фахретдинова Е.Р., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Берг А.Г., Нуртдинова Э.Г., Хомякова Н.Г., Филиппова О.А., Островская А.М., Калюжина М.В., Казиева З.А.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

В настоящее время для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) стали применяться новые пероральные препараты — в частности, прямые ингибиторы тромбина, представителем которых на российском рынке является дабигатрана этексилат.

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность назначения препарата дабигатран этексилат пациентам с ФП пожилого и старческого возраста.

В исследование были включены 48 больных, в т.ч. 29 мужчин и 19 женщин. Все пациенты были разделены на две группы — 30 человек пожилого возраста (средний возраст 65+3,5 года) и 18 человек старческого возраста (79+4,0 года). Причиной ФП у всех пациентов была ишемическая болезнь сердца(ИБС). Стаж ФП колебался от 1 года до 15 лет. 7 пациентов имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Всем пациентам проводилось обследование, включавшее в себя ЭХОКГ, и чреспищеводную ЭХОКГ. Критерием исключения были выраженные нарушения функции печени, почек, когнитивные нарушения и высокая степень сердечной недостаточности. При мониторировании ЭКГ выявлены постоянная ФП тахи- и нормосистолической формы, редкие желудочковые экстрасистолы. Всем пациентам проводилось лечение бета-блокаторами, ингибиторами АПФ или антагонистами рецепторов ангиотензина II, статинами, верошпироном в рекомендованных дозах. Все пациенты ранее получали варфарин, но лечение осложнялось кровотечением из десен, носовыми кровотечениями, трудностями с достижением МНО, поэтому было решено назначить им добигатран. По шкале оценки риска развития инсульта и системных тромбоэмболий у больных с ФП без поражения клапанов сердца CHA2 DS2 VASc все пациенты имели более 2 баллов, по шкале оценки риска кровотечений HAS-BLED — 3 балла. Исходя из этого, больные получали дабигатран этексилат в дозе 110 мг два раза в сутки.

Все пациенты хорошо переносили лечение. Появление кровоточивости десен или усиление уже имевшейся не наблюдались. Больших кровотечений, требовавших отмены препарата, не было.

Таким образом, применение дабигатрана этексилата у пациентов пожилого и старческого возраста с ФП было эффективно и безопасно. Отсутствие необходимости в регулярном контроле за свертывающей системой крови, предсказуемость эффекта, удобство приема таблеток повышают приверженность пациентов к лечению и улучшают его результаты. Удобство применения, выбора дозы, предсказуемость, высокая эффективность, отсутствие необходимости в постоянном контроле МНО делают его применения весьма привлекательным.

0259

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ТОРАСЕМИД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Хамидуллина Р.М., Фахретдинова Е.Р., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Яруллина А.Р., Шмелева Г.А., Берг А.Г., Нуртдинова Э.Г., Федорова Е.А., Файрузова А.М.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Целью исследования было оценить безопасность и эффективность торасемида пролонгированного действия в лечении больных с постинфарктным кардиосклерозом, страдающих хронической сердечной недостаточностью и гипертонической болезнью.

В исследование были включены 42 больных, мужчин в возрасте 48 ±9,6 лет. У всех были диагностированы стенокардии ФК III и хроническая сердечная недостаточность II-III функционального класса по классификации (NYHA) в сочетании с гипертонической болезнью. Всем больным проведено стандартное обследование. На

догоспитальном этапе схема лечения включала в себя гипотиазид или фуросемид. В отделении мочегонные были заменены торасемидом пролонгированного действия в дозировке от 10 до 20 мг в сутки однократно. Контрольную группу составили больные, сопоставимые по возрасту, полу и диагнозу, в схему лечения которых входили гипотиазид или фуросемид. В исследование не включались пациенты с почечной недостаточностью и выраженными нарушениями функции печени.

У всех пациентов в процессе лечения была положительная динамика: улучшение самочувствия, уменьшение числа или исчезновение ангинозных приступов, у 12 больных (29%), снижение потребности в нитратах. У всех отмечено уменьшение проявлений сердечной недостаточности, таких как периферические отеки, одышка, уменьшение или исчезновение влажных хрипов в легких. На рентгенограммах выявлено уменьшение застоя в малом круге кровообращения. СМАД показал эффективность торасемида пролонгированного действия как гипотензивного средства, хорошо контролировавшего уровень АД в комбинации с другими гипотензивными препаратами у всех пациентов.

Нами была выявлена хорошая переносимость торасемида пролонгированного действия. Побочных действий, требующих отмены препараты, в нашем исследовании выявлено не было. Кроме того, пациенты, принимающие торасемид пролонгированного действия, оказались более привержены к лечению.

Таким образом, включение в схему лечения торасемида пролонгированного действия улучшает самочувствие больных с постинфарктным кардиосклерозом, хорошо влияет на уровень артериального давления и уменьшает проявления хронической сердечной недостаточности. Эффективность и удобство применения позволяет рекомендовать торасемид пролонгированного действия для применения в лечении больных, перенесших инфаркт миокарда и страдающих хронической сердечной недостаточностью и гипертонической болезнью.

0260

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФОНДАПАРИНУКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фахретдинова Е.Р., Мухамедрахимова А.Р., Исмагилова Э.Ф., Кильмаматова В.В., Прудько Е.Л.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность назначения фондапаринукса больным с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST.

В исследование были включены 43 человека, перенесших острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST и находившихся на лечении в республиканском кардиологическом диспансере, среди них мужчин оказалось 25 человек (58%), а женщин 18(42%). Средний возраст пациентов 53±6,6 года. Инфаркт миокарда передней локализации был выявлен у 26 человек (60%), а нижней — у 17(40%). Повторный инфаркт миокарда перенесли 17 больных. Всем больным проведены ЭХО КГ, динамика и мониторирование ЭКГ, Лабораторные исследования в соответствии со стандартами. Схема лечения кроме аспирина, клопидогреля, статинов в высоких дозах(розувастатин 40 мг или аторвастатин 80 мг), β-блокаторов, нитратов по потребности, ингибиторов АПФ или АРА включала в себя фондапаринукс в дозе 2.5 мг 1 раз в день подкожно. Лечение фондапаринуксом начиналось как можно раньше после установления диагноза и продолжалось в течение 8 дней или до выписки пациента из стационара. В исследование не включались пациенты с почечной и печеночной недостаточностью.

У всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, хорошее самочувствие. Было выявлено, что применение фондапаринукса в дозе 2.5 мг не влияет на результаты обычных коагуляционных тестов, таких как АЧТВ, активированное время свертывания, протромбиновое время и МНО в плазме крови, время кровотечения и фибринолитическую активность также остаются в пределах нормы. Нами была выявлена хорошая переносимость фондапаринукса. Не было обнаружено кровотечений, также больные не предъявляли жалоб на повышенную кровоточивость десен. Побочных действий требующих отмены препараты в нашем исследовании выявлено не было.

Таким образом, включение в схему лечения острого инфаркта миокарда без подъема сегмента ST фондапаринукса как можно раньше эффективно и безопасно.

0261

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТИ СРЕДИ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРИТЕРИЕВ ДОЛИХОСТЕНОМЕЛИИ

Зарипов Б.И.,[1,2] Бергмане О.А.,[1] Тимофеев Е.В.,[1,2] Земцовский Э.В. [1,2]

[1]СПбГПМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней СПб, РФ

[2]ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, НИЛ соединительнотканных дисплазий СПб, РФ

Марфаноидная внешность (МВ) является наиболее распространенным и клинически значимым диспластическим фенотипом, для которого характерны костные признаки (КП) дизэмбриогенеза. Согласно принятому алгоритму диагностики МВ необходимо, по крайней мере, 4 из 8 возможных КП, одним из которых является долихостеномелия. Согласно Российским рекомендациям (2013) для диагностики МВ используются «мягкие» коэффициенты долихостеномелии (КД) — соотношение размаха рук к росту (РР:Р)≥1,03 и соотношение верхнего сегмента тела к нижнему (В:Н)<0,89. В Гентской нозологии (ГН) (2010) используются более «жесткие» критерии — РР:Р ≥1,05 и В:Н<0,86 и требование об одновременном их выполнении. Влияние выбора КД и гендерные различия антропометрических характеристик при диагностике МВ до настоящего времени не рассматривалось.

Цель: Оценить распространенность МВ у практически здоровых лиц молодого возраста в зависимости от значений избранных КД и гендерной принадлежности.

Материалы и методы: Обследовано 560 лиц в возрасте от 18 до 25 лет (средний 20±1,5 лет), из них 418 девушек и 142 юноши. Всем обследованным проведено антропометрическое и фенотипическое обследования. О МВ судили по наличию любых трех из нижеперечисленных костных признаков: килевидная или воронкообразная деформация грудной клетки, сколиотическая деформация позвоночника, арковидное нёбо, лицевые дизморфии, симптомы арахнодактилии, плоскостопие, при условии выявления одного или двух КД. При пороговом значении хотя бы одного из КД (РР:Р>1,03 или В:Н<0,89) критерии назывались «мягкими». При присутствии хотя бы одного из КД, использованных в ГН (РР:Р ≥1,05 и/или В:Н<0,86) критерии назывались «средними». Наконец, при условии выявления одновременно двух КД в соответствии с ГН критерии обозначались как «жесткие».

Результаты: Частота выявления МВ среди практически здоровых лиц молодого возраста с использованием «мягких» критериев составила 19% случаев. При использовании «средних» и «жестких» критериев — 13% и 8% случаев соответственно. При этом у юношей при использовании как «мягких», «средних», так и «жестких» критериев МВ выявлялась существенно чаще, нежели у девушек (32 и 15; 26 и 9; 18 и 5 %%, p<0,0001). Причиной выявленных гендерных различий в частоте МВ являются различия антропометрических характеристик юношей и девушек, которые неизбежно сказываются на частоте выявления КД независимо от избранных диагностических порогов. Так, положительные КД РР:Р≥1,05, РР:Р>1,03, В:Н<0,86 и В:Н <0,89, чаще встречались у юношей (9% и 3%, 25% и 11%, 35% и 17%, 46% и 29%, соответственно p<0,01).

Выводы: Результаты оценки распространенности МВ зависят от избранных пороговых значений и числа КД. Даже при использовании «жестких» КД МВ выявляется почти у каждого десятого обследованного. Особенно высокая частота выявления КД у юношей дает основание в дальнейшем при разработке алгоритма диагностики МВ учитывать гендерные различия строения тела.

0262

ГОСПИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Зафираки В.К., Ставенчук Т.В., Скалецкий К.В., Космачева Е.Д.

ГБОУ ВПО «Кубанский Государственный Медицинский Университет», г. Краснодар, Россия

Цель: установить характер и частоту внутригоспитальных осложнений после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сопутствующей хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Методы: проанализированы истории болезни всех пациентов, которым за период с января по декабрь 2011 г. в ЦГХ г. Краснодара выполнено АКШ. Критерии включения: возраст >40 лет, стаж курения ≥10 пачко-лет, наличие результатов спирографии, в соответствии с которыми ОФВ1<80% от должных величин (ECCS) и ОФВ1/ФЖЕЛ<0,70 для пациентов основной группы и ОФВ1>80%, ОФВ1/ФЖЕЛ≥0,70 для контрольной группы. Критерии исключения: пороки сердца при наличии показаний к их хирургической коррекции, операции коронарной реваскуляризации в анамнезе, бронхиальная астма, интерстициальные заболевания легких, системные заболевания соединительной ткани, злокачественные новообразования. Контрольную группу формировали последовательным подбором пар, соответствующих по возрасту, полу и наличию сахарного диабета 2 типа для каждого случая из основной группы. Каждому пациенту в основной группе соответствовали 2 пациента в контрольной. Основная группа включала 48 больных (46 мужчин и 2 женщины), контрольная — 96 (92 мужчины и 4 женщины). Группы были сопоставимы по возрасту (60,9±7,6 и 60,3±7,4, p=0,66), стажу курения (39,9±22,0 и 37,1±17,8, p=0,41), уровню общего холестерина (4,9±1,4 и 5,0±1,2, p=0,99), распространенности артериальной гипертензии (91,7% и 88,5%, p=0,77), инфаркта миокарда в анамнезе (70,8% и 68,8%, p=0,95) и сахарного диабета (10,4% в обеих группах). Учитывались следующие осложнения в послеоперационном периоде: периоперационное повреждение миокарда (ПОПМ), устойчивые пароксизмы фибрилляции предсердий (ПФП) и желудочковой тахикардии (ЖТ), пневмония. Статистические методы: критерий Стьюдента для независимых выборок, критерий Манна-Уитни, критерий независимости хи-квадрат, точный критерий Фишера.

Результаты: В группе больных хронической ИБС в сочетании с ХОБЛ отмечалась в 3,2 раза более высокая частота ПФП, чем в контрольной группе (p=0,03), а также в 4,0 раза чаще развивалась пневмония (p=0,02). Различия в частоте возникновения ПОПМ не достигали уровня статистической значимости, хотя это осложнение развивалось почти в 2 раза чаще при наличии ХОБЛ. Больные с ПФП были старше (63,9±6,2 лет против 60,1±7,5; p=0,06) и имели более низкое значение ОФВ1 (75,3±22,9 л против 91,4±23,4; p=0,01). У больных с развитием в послеоперационном периоде ПФП продолжительность искусственного кровообращения оказалась значительно больше, чем у пациентов без этой аритмии: 64,5±20,3 мин. против 46,9±18,2; p=0,001). Больные, у которых в послеоперационном периоде развилась пневмония, имели более низкий ОФВ1 (77,8±27,2 л против 90,7±23,2; p=0,07 — различия на уровне тенденции) и дольше находились на искусственной вентиляции легких (15,8±4,3 против 11,2±3,3; p<0,001). Имелась тенденция к более низким значениям ОФВ1 у больных с таким осложнением, как ПОПМ (77,8±26,9 против 90,8±23,2; p=0,06).

Выводы: наличие ХОБЛ у больных хронической ИБС, подвергающихся АКШ, связано с более высоким риском развития ПФП и пневмонии в послеоперационном периоде.

0263

ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОКСИПОЛИЕТИЛЕНГЛИКОЛ-ЭПОИТИНА БЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Захидова К.Х, Кулиев Ф.А.

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

Цель исследования — изучить эритропоэтическую эффективность, безопасность метоксиполиэтиленгликоль-эпоитина бета (мирцера), его влияние на уровень гемоглобина, ферритина, NTproBNP, на цитокины и регресс симптомов ХСН.

Материал и методы исследования. Обследовано 74 больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) NYHA III-IV ФК с анемией. Средний возраст больных 59,7±1,6 года. Из них 44 мужчин и 30 женщин. У всех больных диагностировалась анемия при уровне гемоглобина (Hb): у мужчин менее 120 г/л и у женщин менее 110 г/л. Причиной ХСН являлась ИБС (постинфарктный кардиосклероз) n=30, либо ИБС с сахарным диабетом (СД) 2 типа n=10, с артериальной гипертонией (АГ) n=8, либо ИБС +АГ+СД n=16. ФВЛЖ для пациентов для III ФК 40% или меньше, для IV ФК 30% и меньше. У всех больных определяли уровни ферритина, трансферрина, эритропоэтина, NTproBNP, патологических цитокинов до и после 6 мес. лечения. Метоксиполиэтиленгликоль-эпоитина бета (мирцера) назначалась больным без ДЖ. ДЖ считался при уровне ферритина менее 100 мкг/л и 299 мкг/л, если насыщение трансферрином менее 20%. Все больные были рандомизированы на 2 группы: основная группа -40 и плацебо — 44 пациентов. Основная группа больных получала традиционную терапию, включающую ингибиторы АПФ, дигоксин, β-блокаторы, диуретики и метоксиполиэтиленгликоль-эпоитина бета (мирцера) в дозе 0,60 мкг/кг (50 ЕД) 1 раз в месяц подкожно в течении 6 месяцев. Результаты и обсуждение. ФВЛЖ в группе мирцеры повысился на 15 % (p<0,05). Масса миокарда (ММ) ЛЖ, отражающая компенса-

торную гипертрофию сердца, оказалась уменьшенной в группе мирцеры на 12,7% (p<0,01) по сравнению с плацебо. Исходно сниженная толерантность к физической нагрузке (по данным теста с 6-минутной ходьбой) в группе мирцеры по сравнению с плацебо оказалась достоверно возросшей на 19,8% (p<0,01). Положительному гемодинамическому эффекту сопутствовал отчетливый положительный клинический эффект снижением на 32-35% суточной потребности в диуретиках, а также улучшением КЖ. Уровень Hb в группе плацебо увеличился достоверно до 104,5 г/л, а в группе получившую терапию мирцерой — достоверно возрос до 113.7 г/л. В основной группе больных по сравнению с плацебо уровень Hb поднялся на 16,26% (p<0,05), а уровень ЭПО увеличился в 2 раза по сравнению с плацебо. Причем повышение ЭПО сопровождалось недостаточным снижением уровня ферритина до 102,7±21,2 мкг/л при насыщении трансферрина более 20%. В основной группе повышение уровня ЭПО в сыворотке крови вызвало подавление цитокиновой активации, наблюдалось снижение ИЛ-6 — на 60,7 % (p<0,05), ФНО-α — на 80,1% (p<0,01). Уровень ИЛ-1 был незначительно повышенным — на 0,72 %. Заключение. Коррекция анемического синдрома при ХСН с применением мирцеры, эффективно устраняет эритропоэтиновую недостаточность, анемию и цитокиновую агрессию у больных ХСН с анемией.

0264

ВКЛАД НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙЦ В ОЦЕНКУ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И РИСКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Зволинская Е.Ю.,[1] Муромцева Г.А.,[1] Трунов В.Г.,[2] Попов Л.А[3]

[1]ФГБУ «ГНИЦПМ Минздрава РФ», Москва, [2]ФГБУН «ИППИ РАН», [3]Москва, ИТЭБ РАН, Пущино, Россия

Цель: оценить взаимосвязь некоторых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с общим сердечно-сосудистым риском и риском поражения коронарных артерий (ПКА) и брюшной аорты (ПБА) у молодых мужчин.

Методы исследования и испытуемые: выборка была сформирована из мужчин 1972 г.р. (217 человек), которые изначально были школьниками двух районов города Москвы и на момент обследования имели возраст 35-37 лет. Пациентам трехкратно измеряли АД ртутным сфигмоманометром по стандартной методике, проводили антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии (ОТ)), брали кровь на липиды и глюкозу, на основе анкетного опроса выявляли вредные привычки и наследственный анамнез, проводили УЗ исследование сердца. Абсолютный и относительный риск смерти от ССЗ (АР и ОР) в течение 10 лет оценивали по шкале SCORE. Абсолютный риск ПКА и ПБА оценивали по шкалам PDAY.

Результаты: используя логистический регрессионный анализ, удалось предсказать 56 % величины АР и 44 % ОР смерти от ССЗ в течение 10 лет (STD/RSS = 0,44 и 0,56, соответственно). В обоих случаях для предсказания использован одинаковый набор ФР: общий холестерин (ОХС) (Tstat = 7,3), индекс курения (Tstat = 6,1), систолическое артериальное давление (САД) (Tstat = 4,9), но вклад их различен. Для предсказания АР наибольший вклад внес индекс курения (Tstat = 11,7), а для предсказания ОР — ОХС (Tstat = 7,3). Более точно предсказываются показатели риска ПКА и ПБА (77 % и 68 %, STD/RSS = 0,23 и 0,32, соответственно). При этом увеличивается и количество отобранных переменных до 3-7. Так, для предсказания риска ПКА в регрессионное уравнение отобраны — индекс массы тела (ИМТ), ОХС, индекс курения, диастолическое артериальноке давление (ДАД), липопротеиды высокой плотности (ЛВП), глюкоза и площадь поверхности тела (ППТ). При этом для предсказания риска ПКА наибольший вклад относительно друг друга вносят — ОХС (Tstat = 12,7) и ИМТ (Tstat = 6,4); примерно равный, но противопроложный по знаку вклад у ДАД и ЛВП (Tstat = 5,5 и -5,5, соответственно), наименьший — у показателя глюкозы натощак (Tstat = 4,5) и ППТ (Tstat = -2,2). Для предсказания ПБА в регрессионное уравнение отобраны — индекс курения, ОХС, ДАД, глюкоза и толщина выносящего тракта правого желудочка. Переменные перечислены по мере уменьшения их вклада в предсказание риска ПБА, их Tstat составляют соответственно — 10,0; 8,6; 5,8; 3,1 и 2,0.

Заключение: используя наборы ФР, возможно предсказать с достаточно большой вероятностью (56 %, 44 %, 77 % и 68 %, соответственно) АР и ОР смерти от ССЗ в течение 10 лет, риск ПКА и ПБА у лиц молодого возраста. Наибольший вклад в прогностическую модель вносят такие ФР ССЗ, как — ОХС, индекс курения, уровень ДАД и ИМТ.

0265

АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Земсков И.А.

«Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение. В основе одной из причин внезапной смерти лежит аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ). В большинстве случаев единственным проявлением являются желудочковые нарушения ритма (ЖНР). В 2010 году (Marcus F.I. et al.) были предложены рекомендации для постановки диагноза АДПЖ. В этой связи стало актуальным проанализировать наличие критериев заболевания у диспансерной группы лиц с НЖНР, наблюдающихся в Центре, части из которых был поставлен диагноз по критериям 1994г.

Цель. Сопоставить частоту выявления АДПЖ (при использовании критериев McKenna (1994) и Marcus (2010) и проанализировать новые критерии постановки диагноза АДПЖ у пациентов с НЖНР.

Материалы и методы. В исследование было включено 369 пациента с НЖНР высоких градаций (175 м. и 194 ж., средний возраст 45±25 лет). Были проанализированы данные электрокардиограммы, эхокардиограммы, холтеровского мониторирования, у ряда пациентов — коронарографии, магнитно-резонансной томографии сердца, эндомиокардиальной биопсии.

Результаты. Исходно, в соответствии с критериями (McKenna W.J. et al. 1994), диагноз АДПЖ был поставлен 17-ти пациентам (5 м., 12 ж., средний возраст 40±20 лет) — 4,6% от общего количества наблюдаемых. Однако по критериям (2010 года Marcus F.I. et al.) диагноз АДПЖ был поставлен 47 пациентам (15 м., 32 ж., средний возраст 40±25 лет) — 12,74% от общего количества наблюдаемых. Таким образом совпадение диагноза по старым критериям составило 100% относительно новых.

Согласно критериям 2010 года (Marcus F.I. et al.) у 18 пациентов (38,3%) диагноз был поставлен по наличию 2 больших критериев, у 27 пациентов (57,4%) по наличию 1 большого и 2-х малых критериев. У 2 пациентов (4,3%) наблюдались 4 малых критерия. Наиболее часто, по новой схеме диагностики, критериями постановки диагноза являются желудочковые экстрасистолы (более 500 за 24 часа при ХМ ЭКГ) — в 76,6% случаев, пароксизмы правожелудочковой тахикардии со средней частотой 180±55 ударов в минуту, преимущественно в дневное время — 59,6%, инверсия волны Т в правых грудных отведениях по данным ЭКГ — 38,3%, увеличение толщины стенки ПЖ в сочетании со снижением фракции выброса ПЖ по данным ЭХО-КГ в 27,7% случаев.

Наименее часто у пациентов с доказанной АДПЖ наблюдались следующие критерии: остаточные кардиомиоциты ‹60% по данным ЭМБ — 6,3% случаев, волна эпсилон — 6,3%, диссинхронизм сокращения ПЖ — 4,2% случаев. При этом в группе АДПЖ, диагностированной по критериям 2010 года была выявлена линейная корреляция между находками при ЭХО и ЭКГ (r=-0,096).

Выводы. С использованием критериев 2010 года (Marcus F.I. et al.) АДПЖ диагностировалась в большем количестве случаев (на 8,14%) от общего числа обследованных, чем по критериям 1994 года (McKenna W.J. et al.). При этом была выявлена обратная и слабая связь между ЭКГ и ЭХО, что, и возможно, связано со стадийностью заболевания (предшествование ранней электрической фазы перед появлением структурных изменений).

0266

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛИЦ НЕМЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЙ

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

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград

Цель: провести сравнительный анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и приверженности к здоровому образу жизни медицинских работников и лиц немедицинских профессий.

Методы исследования. Включено в исследование 420 медицинских работников и 340 лиц других про-

фессий в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало проведение анкетирования, антропометрический и лабораторный методы. Метод анкетирования предусматривал проведение индивидуальной беседы о ранее перенесенных и сопутствующих хронических заболеваниях, возможности отдыха, занятиях спортом или физкультурой, продолжительности сна, наличии ночных дежурств и смен, опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению, опросники качества жизни SF-36, EQ-5D, анкеты ВОЗ по нарушению сна. Производилось измерение веса и роста, определение индекса массы тела, измерение окружности талии, артериального давления. Определялся уровень глюкозы и холестерина в крови.

Полученные результаты. Проблемы со сном выявлены у 59% работников немедицинских профессий (среди медицинских работников — 40%), 35% — страдают гипертонической болезнью (среди медицинских работников — 30%), 78% — имеют избыточную массу тела, (из них 27% страдают ожирением I-III степени) (среди медицинских работников — 63%, страдают ожирением — 31%), у 13% работников немедицинских профессий имеется никотиновая зависимость (среди медицинских работников — 11%). Прямая корреляционная зависимость у работников немедицинских профессий выявлена между уровнем глюкозы крови и уровнем систолического артериального давления ($r=0,6$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,43$, $p<0,05$), а также уровнем глюкозы крови и уровнем диастолического артериального давления ($r=0,45$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,45$, $p<0,05$). У работников немедицинских профессий установлено наличие значимых положительных корреляционных зависимостей между уровнем холестерина и уровнем систолического артериального давления ($r=0,39$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,36$, $p<0,05$), а также уровнем холестерина и уровнем диастолического давления ($r=0,47$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,3$, $p<0,05$). Отмечена положительная корреляционная зависимость между индексом массы тела и возрастом работников немедицинских профессий ($r=0,21$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,41$, $p<0,05$).

Выводы: в наибольшей степени зависят от стажа работы, возраста, индекса массы тела уровень артериального давления, уровень холестерина крови, глюкозы крови, причем среди медицинских работников взаимосвязь более выражена.

0267

ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

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

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград

Цель: оценить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и возможности их коррекции у медицинских работников.

Методы исследования. На первом этапе исследования были обследованы 420 медицинских работников в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование медработников проводилось по специально разработанной схеме, которая включала проведение анкетирования, а также антропометрический и лабораторный методы исследования. Метод анкетирования предусматривал проведение индивидуальной беседы о ранее перенесенных и сопутствующих хронических заболеваниях, возможности отдыха (отпуска), занятиях спортом или физкультурой, продолжительности сна, наличии ночных дежурств, пристрастии к курению, пищевых привычках, отношении к стрессу. Использованы опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению, опросники качества жизни (SF-36, EQ-5D), анкета ВОЗ по нарушению сна. Производилось измерение веса и роста, определение индекса массы тела, измерение окружности талии, артериального давления. Определялся уровень глюкозы и холестерина в крови. Коррекция выявленных факторов риска проводилась при помощи индивидуальных рекомендаций. Проводилось определение суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE, выявлены модифицируемые факторы риска, даны рекомендации по диете, физической активности, обращено внимание на необходимость отказа от курения и снижения массы тела при ее избытке. На втором этапе исследования проводено сравнение качества жизни медработников между лицами, соблюдающими (группа А) и не соблюдающими рекомендации (группа В), между мужчинами и женщинами, а также в зависимости от стажа работы.

Полученные результаты. 40% обследованных медицинских работников отмечали проблемы со сном, 30% 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 ($r=0,3$, $p<0,05$). При повторном анкетировании в группе А отмечено уменьшение уровня глюкозы крови в 1,5 раза, а в группе В — недостоверное повышение; показатель динамики бессонницы снизился в 4,5 раза по всей группе респондентов, причем в группе А — снижение в 12 раз, в группе В — в 1,5 раза; отмечено снижение уровня систолического артериального давления в 2,5 раза, уровня диастолического — в 1,5 раза, индекса массы тела в 1,5 раза, причем за счет группы А.

Выводы: Комплексное назначение и выполнение рекомендаций позволяет снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний у медицинских работников.

0268

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРЕНИКЛИНА В ЛЕЧЕНИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

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

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград

Цель: изучение статуса курения у медицинских работников, а также эффективности и безопасности вареникли на в период отказа от курения.

Методы исследования. В исследование включено 22 медицинских работника с никотиновой зависимостью. Каждый респондент был отнесен к одной из четырех групп: постоянно курящие, твердо желающие бросить курить; постоянно курящие, не желающие курить, но не отвергающие эту возможность в будущем; постоянно курящие, отвергающие возможность бросить курить; курящие нерегулярно. В ходе исследования оценивали: индекс курения, степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), степень мотивации бросить курить, мотивацию к курению по специальной шкале, симптомы отмены никотина в течение первых 5 дней после прекращения курения. Вареникли н (Champix, «Pfizer») назначали по следующей схеме: 1-3 день — 0,5 мг 1 раз в день, 4-7 день — 0,5 мг 2 раза в день, с 8 дня до конца 12 недели — по 1 мг 2 раза в день. При хорошей переносимости и эффективности курс продолжали до 24 недель. В случае возникновения побочных эффектов дозу временно снижали до 0,5 мг 2 раза в день.

Полученные результаты. Индекс курения в исследуемой группе составил 18,7. При оценке степени никотиновой зависимости выявлена очень слабая или слабая зависимость (от 0 до 4 баллов по тесту Фагерстрема). При оценке степени мотивации бросить курить более 80% респондентов ответили, что бросили бы, если бы это было легко. Основными мотивами к курению были следующие: «когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а)» и «когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог». При проведении лечения вареникли ном у медицинских работников отмечены следующие побочные эффекты: раздражительность, потливость, тремор конечностей, боли в мышцах, головокружение, тошнота, запор, бессонница. 27% респондентов самостоятельно прекратили лечение до 12 недель в связи с развитием побочных эффектов. У 41% респондентов потребовалось снижение дозы до 0,5 мг 2 раза в день на период до 2 недель из-за развития диспепсических симптомов. 32% респондентов провели курс лечения в рекомендуемых дозах и отказались от курения сигарет. Все респонденты, закончившие исследование, имели наибольшую мотивацию бросить курить и психологическую зависимость от никотина. При оценке мотивации к курению эти респонденты имели среднюю зависимость (от 7 до 11 баллов).

Выводы. На основании проведенного исследования эффективность и безопасность вареникли на при лечении никотиновой зависимости у медицинских работников оценена как удовлетворительная. Вареникли н можно рекомендовать при индексе курения не превышающем 20 и наибольшей мотивации бросить курить.

0269

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Зиновьева Н.А., Подпорин А.А.

ГБОУ ВПО ГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности комбинированной терапии у пациентов с ИБС в течение 12 месяцев диспансерного наблюдения.

Материал и методы: под наблюдением находились 158 пациентов после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), ургентной или плановой ангиопластики. Возраст больных варьировал от 42 до 76 лет и составил в среднем 58 ± 0,8. У 30-ти пациентов (22,7%) был сахарный диабет 2 типа, у 122 больных (77,2%) — гипертоническая болезнь (ГБ). Все пациенты получали комбинированную терапию: двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): ацетилсалициловую кислоту (АСК) и клопидогрель, статины, БАБ, ингибиторы АПФ/АРА. По показаниям дополнительно назначались антиаритмические, антиангинальные средства, ингибиторы протонной помпы.

Полученные результаты: при применении ДАТТ (АСК в дозе от 75 до 300 мг и клопидогреля в дозе 75 мг в сутки) отмечалась хорошая переносимость терапии. У 4-х пациентов были зарегистрированы осложнения в виде обострения язвенной болезни 12-перстной кишки и зрозивного гастрита без кровотечения. У 3-х больных отмечены незначительные осложнения в виде преходящей лейкопении, кровоизлияния под конъюнктиву глаза, обострение хронического геморроя. Целевые уровни ОХС ‹4,2 ммоль/л и ЛПНП ‹1,8 ммоль/л достигались через 2 месяца от начала терапии. У 8 пациентов отмечено транзиторное повышение трансаминаз, которое не потребовало отмены препарата. Обязательным компонентом терапии были БАБ. В некоторых случаях дополнительно назначался ивабрандин, что позволяло достигать снижения частоты сердечных осложнений без выраженного влияния на атрио-вентрикулярную проводимость. У 40% пациентов монотерапия ингибиторами АПФ/АРА была эффективна для поддержания целевых уровней АД ≤ 130/80 мм рт. ст. У остальных 60% больных применялась комбинированная антигипертензивная терапия. Ухудшение течения ИБС было зарегистрировано у 14-ти пациентов (8,8%). У 6-ти из них (3,7%) диагностирован повторный ИМ. 2-м пациентам в связи с развившемся рестенозом (тромбозом стента) была выполнена повторная КАГ и стентирование, 3-е больных были госпитализированы с диагнозом нестабильная стенокардия и пролечены консервативно. Еще у 3-х пациентов экстренная госпитализация была связана с нарушениями ритма.

Выводы: отсутствие летальных исходов в наблюдаемой группе пациентов свидетельствует об эффективности проводимой комбинированной терапии. Возникновение осложнений течения ИБС у 8,8% может быть следствием более низкой индивидуальной чувствительности рецепторов тромбоцитов, недостаточной достигнутой реваскуляризацией миокарда, нерегулярным приемом препаратов. Сочетанная терапия БАБ и ивабрандином позволяет избежать выраженного влияния БАБ на атрио-вентрикулярную проводимость. Отсутствие больших кровотечений и инсультов свидетельствует о безопасности применяемой комбинированной терапии в условиях амбулаторного наблюдения.

0270

ЗНАЧИМОСТЬ КОНТРАКТИЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СОХРАННОСТИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НА КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ

Злобина М.В, Соколов А.А, Попов С.В.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

Значительная часть пациентов, отобранных по действующим рекомендациям для кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) не отвечают на неё. Таким образом, поиск предикторов ответа является актуальной задачей.

Цель. Оценить роль контрактильного резерва левого желудочка и систолической функции правого желудочка в прогнозировании ответа на КРТ

Материал и методы. В исследование было включено 46 человек в возрасте 51±12 лет, 75% составили мужчины; 24 человека вошли в группу дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), 22 человек — группу ишемической кардиомиопатии (ИКМП), СН III-IV ФК по NYHA; Все пациенты соответствовали всем требованиям к применению ресинхронизирующей терапии. Всем пациентам выполнялась коронаровентрикулография для верификации ИБС. Результаты эффективности КРТ оценивали спустя 5-7 дней и к 6- 12 месяцу после имплантации бивентрикулярного стимулятора.Эхокардиографическое исследование выполняли на ультразвуковой системе EnVisor фирмы Philips по стандартной методике рекомендованной ASE. Оценивали наличие внутри- и межжелудочковой диссинхронии методом тканевой импульсно-волновой допплерографии от фиброзных колец АВ клапанов (6 точек). Для оценки межжелудочковой механической задержки IVMD определяли разницу периодов предизгнания левого и правого желудочков. Локальный резерв контрактильности изучали с помощью оценки динамики систолической скорости движения миокарда (Sm) методом тканевой импульсно-волновой допплерографии в покое и на пике антиортостатической нагрузочной пробы (АОП). Систолическую скорость фиброзного кольца трикуспидального клапана (Sпж) измеряли на свободной стенки правого желудочка методом импульсной тканевой допплерографии. Статистическую обработку материала проводили с помощью программы SPSS 19,0. Для оценки диагностической значимости предикторов ответа на КРТ использовали ROC-анализ. Статистически значимыми различия считались при p<0,05.

Результаты. Исходно гр.ИКМП и ДКМП достоверно не различались. При проведении ROC-анализа мы выявили, что сохранность контрактильного резерва является независимым предиктором ответа на КРТ AUC 0,89 ДИ(0,77-0,99) p=0,0001, как и диссинхрония AUC 0,83 ДИ(0,71-0,95) p=0,0001.В нашем исследовании показатель IVMD не смог предсказать ответ на КРТ AUC 0,48(ДИ 0,32-0,67) p=0,8. Систолическая скорость фиброзного кольца ТК Sпж менее 10 см\с с чувствительностью 85% и специфичностью 83% позволяет выделить больных нереспондеров до имплантации кардиоресинхронизирующих устройств.

Вывод: Таким образом, важное прогностическое значение в выявлении респондеров помимо диссинхронии имеет наличие контрактильного резерва левого желудочка и сохранность систолической функции правого желудочка

0271

КАЧЕСТВО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХМАО-ЮГРЕ

Зорина Л.С., Урванцева И.А., Милованова Е.В., Саламатина Л.В., Кашапова Т.А.

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

Работа в БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (ОКД «ЦД и ССХ») по диспансеризации больных артериальной гипертонией (АГ) на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры (ХМАО-Югры) осуществляется в соответствии с приказами: МЗ РФ №4 от 24.01.2003 г. «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в РФ», ДЗ ХМАО №124 от 16.05.2005 г «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным артериальной гипертонией в ХМАО-Югре», ДЗ ХМАО №332 от 10.08.2006 г. «О предоставлении статистических отчетов по артериальной гипертонии».

Цель. Анализ качества диспансерного наблюдения больных АГ в ХМАО-Югре за 2008-2012 гг.

Методы исследования. Исследование проведено по данным кабинета диспансеризации Окружного кардиологического диспансера, куда ежеквартально поступают отчеты кардиологов из лечебно-профилактических учреждений ХМАО-Югры. Использованы аналитический, статистический методы, данные приведены в виде абсолютных и относительных величин.

Полученные результаты. Число больных АГ в ХМАО-Югре на протяжении 5 лет составляло от 94765 до 106072 человек. Число впервые выявленных пациентов с АГ уменьшается (2008 г. — 11741 человек, 2012 г. — 5782 человек). Показатель охвата диспансерным наблюдением превосходит общероссийский и имеет тенденцию к росту (2008 г. 50,1% от всех подлежащих диспансерному наблюдению, 2012 г. — 66,0%). В ХМАО-Югре высокий процент пациентов диспансерной группы получают лечение: в 2008 г. — 24542 человек (43,1%), а в 2012 г. 48624 (70,0%). По структуре причин снятия с диспансерного учета лидируют отказ от наблюдения (в 2008 г. — 29%, в 2012 г. — 44,7%) и миграция населения, которая составила 2560 человек в 2008 г. и 3110

в 2012 г. (52,0% и 43,6% соответственно). За прошедший период отмечается низкий процент перевода на инвалидность — 0,9-2,1% от числа пациентов диспансерной группы.

Выводы. Число лиц с АГ в ХМАО-Югре за 5 лет сохраняется стабильно высоким, число впервые выявленных пациентов с АГ уменьшается, показатель охвата диспансерным наблюдением ежегодно увеличивается, большинство пациентов диспансерной группы получают эффективное лечение, в структуре причин снятия с диспансерного учета лидирует миграция населения.

0272

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ИБС СТАРШЕ 70 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Зюляева Т.П., Бабаев М.А.

ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН»

Цель настоящего исследования — выявление дооперационных факторов риска, влияющих на снижение эффективности лечения и выживаемость пациентов после операций АКШ и исследование особенностей течения послеоперационного периода у пациентов старше 70 лет. В работе был проведен сравнительный ретроспективный анализ дооперационных факторов риска и течение послеоперационного периода группы пожилых больных старше 70 лет (58 человек) в сравнении с контрольной группой (62 больных в возрасте 40- 63 лет), которым были выполнены плановые операции реваскуляризации миокарда. По виду оперативного вмешательства, количеству реваскуляризированных артерий, продолжительности ИК, времени пережатия аорты, методу проведения кардиоплегии, интра- и послеоперационной кровопотере, длительности ИВЛ в послеоперационном периоде группы достоверно не отличались.

У больных старше 70 лет до операции выявлена достоверно большая частота нарушений ритма сердца, артериальной гипертензии 2-3 ст., заболеваний органов дыхания (ХОБЛ встречалась в 4 раза чаще, чем у пациентов контрольной группы), атеросклеротического поражения сонных артерий, артерий нижних конечностей, острого нарушения мозгового кровообращения (10,3% и 3,2% соответственно). Выявлено, что у подавляющего большинства пациентов основной группы имелись мультисистемные поражения (сочетание 3-4 и более сопутствующих заболеваний), что значительно отличает их от больных более молодого возраста (63,3% и 29,1% соответственно, p=0,0001), значимо влияет на течение послеоперационного периода и требует специальной предоперационной коррекции. Частота развития осложнений после операций АКШ у больных пожилого возраста была в 1,7 раза выше, чем в контрольной группе. Наиболее частыми осложнениями были: нарушения ритма сердца, главным образом наджелудочковые тахиаритмии, в 5 раз превышающие аналогичные показатели контрольной группы, а профилактическое введение в послеоперационном периоде у данной категории больных пропафенона привело к значительному снижению частоты их возникновения. Кроме того, в группе пожилых больных по сравнению с контрольной выявлено снижение индекса оксигенации артериальной крови сразу по окончании операции до 2,8±0,6 отн. ед. и развитие дыхательной недостаточности (17,2% и 8,1% соответственно), причиной которой в подавляющем большинстве случаев (70%) является ХОБЛ.

Для сокращения продолжительности ИВЛ и профилактики развития дыхательной недостаточности нами использовались специальные методы вентиляции легких, направленные на улучшение газообмена. Так у 19 (32,7%) больных в группе старше 70 лет сразу по окончании операции нами был применен метод «открытых легких» что привело к увеличению ИО в среднем до 3,8±0,7 отн. ед. и позволило предотвратить удлинение ИВЛ, возникновение гиповентиляции и ателектазирования альвеол. В лечении пациентов с дыхательной недостаточностью у 11 пациентов обеих групп было применено 29 сеансов BiPAP, что позволило избежать повторной интубации и развития пневмонии.

Церебральные осложнения встречались в 2,5 раза чаще в группе пожилых больных. Анализ летальности показал, что в контрольной группе она составила 1,6% и не имела достоверных отличий от основной группы, что дает возможность утверждать, что операции реваскуляризации миокарда у больных пожилого возраста являются эффективным методом лечения и могут быть произведены с хорошими непосредственными результатами с учетом более высокой частоты послеоперационных осложнений и обеспечением мер по их профилактике и лечению.

0273

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОРТОПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ибатов А.Д.

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

Цель: изучить центральную гемодинамику и вариабельность ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца с артериальной гипертензией и гипертрофией левого желудочка при проведении ортопробы.

Методы исследования: Обследовано 116 больных ишемической болезнью сердца с сопутствующей артериальной гипертензией (средний возраст 55,9±7,2 лет). Гипертрофию миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) диагностировали по данным эхокардиографии при индексе массы миокарда более 134 г/м2 для мужчин и 110 г/м2 для женщин. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 76 пациентов, имеющих ГМЛЖ, во вторую группу — 40 пациентов без ГМЛЖ. Проводили временной и частотный анализа вариабельности ритма сердца по 5-минутным записям кардиоинтервалограммы и оценивали центральную гемодинамику исходно в покое, при проведении ортопробы и в покое после ортопробы.

Полученные результаты: по данным вариабельности ритма сердца в покое выявлено, что общая вариабельность ритма сердца (показатель SDNN) была снижена в обеих группах и составила соответственно 29,96±1,58 мс в 1 группе и 29,69±2,02 мс во 2 группе. Мощность в диапазоне очень низких частот VLF была достоверно ниже в 1 группе. Частота сердечных сокращений (ЧСС), удельное периферическое сопротивление (УдПС), между группами существенно не различались, однако сердечный индекс (СИ) был несколько выше в 1 группе, систолическое артериальное давление (САД) было достоверно выше в 1 группе. При ортопробе в 1 группе отмечалось достоверное повышение ЧСС, незначительное снижение SDNN, достоверное снижение pNN50%, HF; существенное снижение LF и возрастание VLF; отношение LF/HF составило 1,45±0,29. Ударный объем (УО), давление наполнения левого желудочка (ДН), САД достоверно снижались, УдПС незначительно возрастало, диастолическое артериальное давление (ДАД) не изменялось. Во 2 группе при ортопробе отмечалось достоверное повышение ЧСС, достоверное уменьшение SDNN, pNN50%, TP, HF, LF, VLF; отношение LF/HF составило 2,46±1,11. УО, ДН, СИ, МО, САД достоверно снижались, УдПС возрастало, ДАД существенно не изменялось. В покое после ортопробы все показатели гемодинамики вернулись к исходным значениям. ЧСС между группами существенно не различалась, однако в 1 группе значения SDNN, pNN50%, TP, HF, LF были достоверно выше, чем во 2 группе. УО, СИ, МО, САД в 1 группе при ортопробе были также достоверно выше.

Выводы: больные ишемической болезнью сердца с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка отличались более выраженной реакцией вегетативной нервной системы при ортопробе с активацией как барорефлекторных, так и гуморальных регуляторных механизмов, это сопровождалось более значительными сдвигами гемодинамики по сравнению с больными без гипертрофии миокарда левого желудочка, что необходимо учитывать при подборе терапии данных пациентов.

0274

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Ибатов А.Д.

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

Цель: изучить особенности эмоционального статуса больных ишемической болезнью сердца (ИБС) различного возраста.

Методы исследования: В исследование включены больные стенокардией II-IV ФК мужчины, с трехсосудистым поражением коронарного русла гемодинамически значимыми стенозами по данным коронароангиографии в возрасте от 36 до 72 лет, которые разделены на 2 группы в зависимости от возраста. Группу 1 составили 16 больных в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 64,5±1,1 года), вторую группу составили 22 пациента в возрасте моложе 60 лет (средний возраст 49,6±1,1 года). Характерологические особенности

личности исследовали по тесту СМОЛ, уровень реактивной и личностной тревожности — по анкете Спилбергера, уровень депрессивных проявлений — по анкете Бека.

Полученные результаты: группы не различались по длительности ИБС (5,5±1,3 и 4,1±0,9 года в 1 и 2 группе соответственно, p>0,05). В 1 и 2 группе возраст возникновения ИБС составил соответственно 58,9±1,8 и 45,5±1,1 лет (p<0,001), функциональный класс стенокардии в 1 и 2 группе составил соответственно 2,43±0,12 и 3,04±0,13 (p<0,001). Уровень реактивной и личностной тревожности составил в 1 группе соответственно 45,2±1,4 и 43,0±1,8 балла и во 2 группе — 47,9±2,5 (p>0,05) и 45,7±1,0 балла (p>0,05). Уровень депрессии по шале Бека составил в 1 группе 11,3±1,2 и во 2 группе — 12,8±1,6 балла (p>0,05).

По данным теста СМОЛ, в 1 группе по основным шкалам профиля показатели составили: по шкале ипохондрии — 57,8±1,3 Т, шкале депрессии — 48,3±2,2 Т, шкале истерии — 52,6±0,8 Т, шкале психопатии — 43,0±2,0 Т, шкале параноальности — 49,2±1,4 Т, шкале психастении — 48,4±2,3 Т, шкале шизоидности — 44,4±2,0 Т, шкале гипомании — 43,6±2,5 Т. Во 2 группе по основным шкалам профиля показатели составили: по шкале ипохондрии — 52,9±1,9 Т (p < 0,05), шкале депрессии — 47,2±1,5 Т (p>0,05), шкале истерии — 50,9±1,5 Т (p>0,05), шкале психопатии — 41,2±1,8 Т (p>0,05), шкале параноальности — 50,4±2,1 Т (p>0,05), шкале психастении — 42,7±1,8 Т (p>0,05), шкале шизоидности — 43,9±2,3 Т (p>0,05), шкале гипомании — 50,8±2,7 Т (p>0,05). Повышение профиля по шкалам ипохондрии и истерии, при снижении по шкале депрессии (“V” — образный вид профиля по шкалам «невротической триады»), является характерным признаком психосоматических расстройств. Этот тип профиля отражает устранение тревоги (снижение профиля по шкале депрессии) за счет соматизации (повышение профиля по шкале ипохондрии) и вытеснения ее с формированием демонстративного поведения (повышения профиля по шкале истерии). Кроме того, более высокий показатель профиля по шкале ипохондрии в 1 группе свидетельствует о большем беспокойстве этих пациентов за состояние своего здоровья.

Выводы: таким образом, больные ИБС с трехсосудистым поражением пожилого возраста в отличие от пациентов более молодого возраста отличаются большей акцентуацией характера, что, однако, не отразилось на уровне тревожности данных пациентов.

0275

ВЛИЯНИЕ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ АЗЕРБАЙДЖАНА

Ибрагимова М.Г.

НИИ Кардиологии им. Д. Абдуллаева, Центральная Больница Нефтяников, Баку, Азербайджан

Цель исследования — оценить влияние нефтедобывающей промышленности на распространенность и клинико-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста, проживающих на территории Азербайджана.

Материалы и методы. Было обследовано 30 мужчин в возрасте 27-45 лет (в среднем — 41 год). Больным был проведён ряд медицинских обследований: клинические данные, сбор анамнеза, инструментальное — ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ). Наличие ишемической болезни сердца (ИБС) подтверждалось методом коронарной ангиографии (КАГ).

Результаты исследования. Самыми распространенными жалобами были болевые ощущения и чувство жжения в области сердца, а также незначительные головные боли. У 14 пациентов была выявлена КАГ-подтвержденная ИБС. Из них у 5-х больных был диагностирован острый инфаркт миокарда, с элевацией сегмента ST по передней стенке у 4-х, у остальных — стабильная стенокардия напряжения II и III ф/к. В основном было выявлено одно сосудистое поражение левой нисходящей артерии. Артериальная гипертензия (АГ) наблюдалась у 16 пациентов как в группе больных с ИБС, так и у пациентов без ИБС. Средний показатель А/Д-160/95 мм.рт.ст. У обследуемых также выявили такие факторы риска, как наследственная предрасположенность и сахарный диабет (СД).

Выводы. Таким образом, неблагоприятные условия окружающей среды, связанные с нефтедобычей в сочетании с факторами риска ИБС, обуславливают развитие ранних сердечно-сосудистых заболеваний.

0276

ПРИМЕНЕНИЕ РИДУТОКСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ибрагимов Ф.Ш., Гусейнова К. Г., Шахгусейнов С.Г.

НИИ Кардиологии им. академика Дж. Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Являясь финалом сердечно-сосудистых и системных заболеваний, ХСН занимает одно из первых мест среди причин смертности и инвалидности.

ХСН обладает ярко выраженными проявлениями при застойных явлениях органов и тканей, гипоксии и гипоксемии, особенно у больных ХСН легочного происхождения. А протекающие в тканях эти процессы нарушая функции всего организма, в том числе жизненно важного органа-печени, усугубляют метаболические нарушения. С ускорением катаболических процессов эти изменения могут привести к «кахетической» форме ХСН.

Лечение ХСН в основном проводится в двух направлениях: коррекция нарушений гемодинамики, а также коррекция метаболических изменений в органах и тканях. Продолжительный застой при ХСН приводит к застою печени, а в дальнейшем постепенно к фибротическим изменениям, которые знакомы клиницистам как сердечный цирроз (Пиковый цирроз).Диспепсические явления у больных с застойной печенью еще более осложняют состояние больных, ухудшают течение ХСН, усиливая сердцебиение и одышку. Создается как бы замкнутый круг: ХСН нарушает функции печени и других органов, а появляющиеся изменения в этих органах ухудшают течение ХСН.

Накопление в организме свободных радикалов приводит к ослаблению защитной способности организма на клеточном уровне во время кардиального цирроза, что проявляет себя во всем организме, в том числе в печени и в сердечно-сосудистой системе. Ридутокс ,являясь сильным антиоксидантом, оказывает положительное действие на функции органов и тканей.

Несмотря на наличие информации в литературе о гепатопротекторах, улучшающих функцию печени, мы не нашли информацию о применении у больных с ХСН и застойной печенью препарата Ридутокс, который в нынешнее время широко применяется при заболеваниях печени.

Учитывая все вышесказанное, мы решили исследовать показатели качества жизни (опрос Канзая), динамику гемодинамических показателей и возможные изменения функции печени при использовании этого препарата у больных ХСН.

Таким образом, к стандартному комплексному лечению 30-ти больных с ХСН и с симптомом застоя в печени, мы добавляем препарат Ридутокс.Другие 29 больных продолжали свое стандартное лечение. Больные были рандомизированны по возрасту, стадии заболевания, по наличию болезни в других органах.

Для изучения у больных центральной и периферической динамики и клинического течения оценивались изменения клинических признаков, динамики гемодинамических показателей и функциональной пробы печени (АЛТ, АСТ, ЛДГ, уровень альбумина и связанного билирубина) и изменения в ходе лечения.

Наблюдения и исследования, проводимые 6-12 месяцев показали что и показатели качества жизни, исследуемые опросом Канзая,и динамика функциональных проб печени , а также показатели ЭКГ и ЭхоКГ были более склонны к положительной динамике у больных принимающих Ридутокс, чем у больных контрольной группы.

0277

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Иваненко В.В., Конради А.О.; ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови, эндокринологии» им. В.А. Алмазова Минздравсоцразвития России, Санкт- Петербург

Иваненко Виктория Валерьевна- врач кардиолог, кмн, vikos-@mail.ru, 89500308250

ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, ул. Аккуратова д.2.

0278

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ С ПАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Иваненко В.В., Конради А.О.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови, эндокринологии» им. В.А. Алмазова Минздравсоцразвития России, Санкт- Петербург

Состояние сосудистой стенки, оцениваемое различными неинвазивными методами, является предметом активного изучения в области оценки сердечно-сосудистого риска. Одним из основных параметров, характеризующих жесткость сосудов, является скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) (W.Nicols et.al., 2005). На СРПВ оказывают влияние возраст, уровень АД, антропометрические параметры и другие факторы риска.

Хорошо известно, что многие факторы риска, особенно метаболические, часто сочетаются друг с другом, что позволяет их объединять в кластеры, одним из которых является метаболический синдром (МС), самостоятельное значение которого для прогноза пациентов до сих пор не определено [Cruickshank K.,Riste L,2002].

J.J. Toto-Moukou и соавт. продемонстрировали увеличение СРПВ у пациентов с ожирением, не зависящее от возраста, пола и уровня АД. Кроме того, они продемонстрировали, что снижение индекса массы тела (ИМТ) ассоциируется со снижением сосудистой жесткости.

Во всех известных немногочисленных исследованиях по изучению состояния сосудистой стенки, к сожалению, не проводилось оценки особенностей состояния сосудистой стенки при метаболическом синдроме (МС).

Цель. Изучить показатели сосудистой жесткости и центрального давления у относительно здоровых лиц с метаболическим синдромом.

Дизайн и методы. Был обследован 161 человек от 30 до 60 лет (средний возраст составил 49,07 ± 10,3), считавших себя здоровыми. 40 обследуемых оказались курильщиками. У 43 пациентов с МС -выявлена АГ. Обследование включало анкетирование на предмет образа жизни, определение антропометрических параметров (индекс массы тела (ИМТ) по Кетле, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ)). АД измерялось три раза с интервалом в 2 минуты в положении сидя после 5 минут покоя по стандартной методике. ЧСС регистрировалась за 30 секунд по частоте пульса. Образцы крови забирались натощак. Определялся уровень глюкозы плазмы и показатели липидного спектра на аппарате Хитачи 902 (Рош-Диагностика).

Показатели сосудистой жесткости и центрального давления (СРПВ,ИА,ДА) и и центрального давления (ЦСАД,ЦПД) были измерены с помощью метода аппланационной тонометрии на приборе SphygmoCor Px. Для оценки состояния органов-мишеней проводились Эхокардиография с расчетом индекса массы левого желудочка (ИММЛЖ) и УЗИ сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ).

Результаты. У пациентов с метаболическим синдромом достоверно выше оказались все показатели сосудистой жесткости по сравнению с лицами без метаболического синдрома (СРПВ- 7,6 ± 1,7 против 6,9 ± 1,5 м/с, и ИА -30,4 ± 14,6 против 24,9 ± 17,8 % , ДА-12,4 ± 7,4 и 9,9 ± 6,2,мм рт. ст., p ‹0,05 для всех значений)

При оценке показателей сосудистой жесткости и центрального давления у лиц с МС в данном исследовании выше оказались все показатели жесткости сосудистой стенки (СРПВ, ИА, и ДА) и центрального давления (ЦСАД и ЦПД) по сравнению с лицами без МС. Полученные данные несколько противоречат анализу, проведенному Cecelja M. и соавторами, который выявил, что только возраст и уровень АД являются четкими предикторами СРПВ, тогда как вклад других факторов был небольшим.

При оценке влияния возраста, как основного фактора риска развития ССЗ, выявлено достоверное повышение СРПВ с возрастом у лиц с МС.

Выявлены и более высокие значения центрального САД по сравнению с лицами без МС (126,9 ± 17,9 и 118,7 ± 15,3, p ‹0, 01).

Из показателей поражения органов — мишеней у лиц с МС отмечалось повышение — комплекса ТИМ, и особенно ИММЛЖ. Достоверного повышения ЛПИ не выявлено.

СРПВ и ЦСАД коррелировали с возрастом (r= 0,51 и r=0,47), индексом массы тела (r=0,26 и r = 0,24), ОТ (r=0,29 и r= 0,32) и уровнем общего холестерина (r=0,28 и r = 0, 31), p ‹0,01 для всех значений. Выявлено взаимодействие показателей жесткости сосудов между собой. ЦСАД коррелировало с СРПВ (r = 0,58), ИА (r = 0,3), и ДА (r = 0,5) , а также и ПД (r = 0,67), p ‹0, 05.

Выводы. У лиц с МС все показатели сосудистой жесткости оказались выше.

Независимо от наличия МС, возраст и ИМТ являются основными факторами, определяющими повышение жесткости сосудов. Из показателей поражения органов-мишеней у лиц с МС достоверно выше оказался ИММЛЖ. У лиц с МС наиболее часто встречалось снижение ЛПИ, повышение ИММЛЖ и повышение ТИМ — показателей, характеризующих поражение органов- мишеней.

0279

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

М.В.Иванов

ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови, эндокринологии им. В.А. Алмазова» Санкт-Петербург, Россия

У пациентов с ревматоидным артритом (РА) установлено раннее и ускоренное развитие атеросклероза и связанное с этим нарастание частоты сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), включая артериальную гипертонию (АГ). Снижение функции почек (ФП) при РА — дополнительный фактор риска (ФР) ССЗ, развития и поддержания АГ.

Цель. Оценка ФР развития нефропатии (Н) и АГ у больных с РА.

Материалы и методы. Обследованы 44 пациента с РА+АГ, активность II — III ст., стадия II — III : I гр. — с серопозитивным (РА+, n=22); II гр. -с серонегативным (РА — , n=22). Больные получали патогенетическую и антигипертензивную терапию. Контрольную группу (К) составили 22 здоровых мужчины. ФП оценена по пробе Реберга, по временам паренхиматозного транзита фильтрующегося радиофармпрепарата Тс-99м-ДТПА, подсчитанным на гамма камере E-CAM (Siemens, США) от деконволюции ренограмм почечной паренхимы (Тср. пар., с). Оценены биохимические и серологические тесты, ЭХО — кардиография. Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы StatGraphics, v.2, США.

Результаты. Пациенты по сравнению с К были старше (67.0±9.3; 18.6±1.9 лет, p ‹0.005), имели повышение систолического АД (САД: 140.3±18.3; 122.9±8.1 мм рт. ст., p ‹0.05), пульсового АД (ПАД: 62.9±16.4; 46.1±5.8 мм рт. ст., p ‹ 0.05), общего холестерина сыворотки (6.1±1.5; 4.6±0.7 ммоль/л, p ‹ 0.05), повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ: 32.2±14.6 мм/час), повышение С — реактивного белка (СРБ: 34.0±22.8мг/л). При отсутствии азотемии, диспротеинемии, гипергликемии и снижения фракции выброса левого желудочка у пациентов выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ: 33.5±11.7; 88.1±26.5 мл/мин, p ‹0.005), концентрационного индекса (КИ: 55.5±19.8; 131±44.9, p ‹0.005), удлиннение Тср. пар. (222.2±56.7; 158±31.1, p ‹0.005).

Больные не различались по индексу массы тела (ИМТ: 24.8±4 кг/м^2), длительности РА (16.6±15.4 лет), АГ (12.5±9.9 лет), уровню мочевой кислоты сыворотки (МК: 0.33±0.02 ммоль/л), числу антигипертензивных препаратов (2.2±1.6). Пациенты I гр. по сравнению со II гр. в 100% имели системные проявления РА, в 31.8% страдали дефицитом массы тела, чаще получали преднизолон (63.6%) и цитостатики (50%). Больные II гр. имели системные проявления в 50%, чаще страдали ишемической болезнью сердца (45.4%), ожирением I — III ст. (58.9%), сахарным диабетом II типа (13.5%), чаще получали нестероидные противовоспалительные препараты (45.4%), сульфасалазин (18.2%). В группах больных установлены взаимосвязи показателей ФП с различными факторами: с метаболическими (I гр.: Тср.пар. — МК, r=0.35, p ‹ 0.05; СКФ — глюкоза сыворотки, r=0.4, p=0.03; КИ — β-липопротеины (β-ЛП), r= — 0.4, p =0.05; II гр.: креатинин плазмы/КП/ — МК, r=0.5, p=0.01; Тср. пар. — ИМТ, r=0.4, p =0.05); с гемодинамическими (II гр.: Тср.пар. — САД, ПАД, r=0.4, p=0.04); с хронологическими (I гр.: Тср. пар. — длительность РА, r=0.4, p=0.05; КП — возраст, r=0.4, p=0.04; II гр.: Тср. пар.- длительность АГ, r=0.5, p=0.05; КП — возраст, r=0.4, p=0.04; II гр.: Тср. пар. — длительность АГ, r=0.48, p=0.02; Тср. пар. — возраст, r=0.5, p=0.001). Показатели АД пациентов были связаны со следующими факторами: с метаболическими (I гр.: ДАД — β-ЛП, r=0.4, p=0.05; II гр.: САД, ПАД — ИМТ, r=0.5, p=0.01; с воспалительными (I гр.: САД,ПАД — СРБ, r=0.47, p=0.02; ДАД — СОЭ, r=0.4, p=0.03); с хронологическими (I гр.: ДАД — длительность АГ, r=0.47, p=0.02; II гр.: САД, ПАД — длительность АГ, r=0.5, p=0.01).

Выводы. Традиционные ФР ССЗ определяют развитие Н и АГ при РА независимо от серо-статуса; маркеры системного воспаления — ФР развития и поддержания АГ при РА+.

0280

РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

Иванченко С.В.

Харьковский национальный медицинский университет Харьков Украина

Результаты суточного мониторирования артериального давления (СМАД) дают возможность оценить влияние терапии на все составляющие суточного профиля артериального давления (АД), антигипертензивный эффект проводимой терапии, осуществить контроль безопасности лечения путем выявления эпизодов гипотонии.

Цель исследования: анализ циркадных ритмов АД и величины «нагрузки давлением», оказываемой на органы-мишени у больных с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне избыточной массы тела.

Материалы и методы: в условиях стационара обследовано 48 больных с ГБ (23 мужчины и 25 женщин) в возрасте от 42 до 76 лет на фоне избыточной массы тела (средняя величина индекса Кетле составила 33,26 1,06). Из них 12 пациентов ранее не получали гипотензивную терапию, у 36 больных исследование проводилось на фоне приема 1-3х групп гипотензивных препаратов. Пациентам проводилось СМАД на диагностическом комплексе SDM23 «ИКС-ТЕХНО» в течении 24 часов с последующей оценкой полученных результатов.

Результаты и их обсуждение: анализ полученных результатов показал, что у пациентов с впервые выявленной ГБ в 56,8 %(0,568 0,225 p<0,05) случаев отмечается недостаточное ночное снижение АД по типу «non-dipper». При этом отмечалось увеличение индекса времени (ИВ) САД и ДАД как в дневные (87,49±5,61 и 28,86±6,24%), так и в ночные (57,48±6,34% и 19,11±3,33%) часы, что соответствовало повышению индекса площади (ИП) САД и ДАД днем (171,2±35,46 и 62±26,08) и ночью (133,2±24,94 и 32,6±12,65). В группе пациентов ранее получавших антигипертензивную терапию у 26 человек нагрузка давлением на органы мишени за сутки составила ИВ САД и ДАД в дневные часы (47,49±5,61 и 12,86±6,24%), ночью (27,49±3,42 и 9,11±1,21%), ИП в среднем (117,8±22,31 днем и 34,3±15,11 ночью). У 59 % (0,59 0,225 p<0,05) из обследуемых больных в этой группе отмечается изменение физиологического циркадного ритма по типу «non-dipper. У 3х пациентов выявлена тенденция к гипотонии на фоне приема гипотензивных препаратов — нагрузка гипотензией составила ИВ САД и ДАД (35,4±6,42 и 49,1±8,11%). Состояние 7 пациентов можно расценить, как нормотоническое — ИВ САД и ДАД в дневные часы (11,2±1,01 и 1,82±0,24%), ночью (3,19±0,12 и 1±0,3%), ИП в среднем (28,8±4,11 днем и 16,2±5,81 ночью).

Выводы: традиционный «офисный» метод измерения АД по методу Короткова не всегда дает возможность подобрать адекватную гипотензивную терапию с учетом составляющих суточного профиля АД у конкретного пациента. Обследование больных методикой СМАД позволяет прогнозировать течение заболевания, проводить оптимизацию схемы лечебно-профилактических мероприятий у больных ГБ. Тем самым позволяет снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии, сократить затраты на медикаментозную терапию.

0281

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НАЗАНАЧЕНИЯ ВАРФАРИНА ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Ивахненко И.В., Куличенко Л.Л., Краюшкин С.И., Колесникова И.Ю., Сущук Е.А.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия

Цель — изучение частоты назначения антитромботической терапии пациентам с персистирующей и постоянной фибрилляцией предсердий (ФП) в амбулаторной практике.

Методы исследования: Проведен анализ амбулаторных карт 84 больных с ФП: 48 женщин и 36 мужчин в возрасте от 52 до 78 лет (средний возраст 66.8±11,4 лет) в двух поликлиниках г. Волгограда. Анализ частоты назначения непрямого антикоагулянта варфарина, эффективности и безопасности антитромботической терапии проводили с помощью специально разработанной карты.

Полученные результаты: Персистирующая ФП отмечалась в 25% случаев (21 человек), постоянная форма ФП в 75% случаев (63 человека). Структура причин ФП была представлена следующим образом: ишемическая болезнь сердца (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз) — 85,7%, заболевания щитовидной железы — 4,8%, хроническая ревматическая болезнь сердца — 3,6%, артериальная гипертензия — 3,6%, постмиокардитический кардиосклероз — 2,4%. Кроме того, 16,2 % обследуемых имели сахарный диабет, 14,2% -ОНМК или ТИА в анамнезе.

Среди обследуемых пациентов варфарин принимали только 37,4% пациентов (в основном женщины). Регулярно контролировали МНО (не реже 1 раза в месяц) — 78,2% пациентов, при этом средний уровень МНО в течение 1 года составил 1.82±1.03. Доля измерений МНО находившихся в целевом диапазоне (2,0-3,0) составила 54, 4%. Доля измерений МНО превышавших 3.0 (что является предиктором геморрагических осложнений) составило 12, 6%. Следует отметить, что при значении МНО ›3,0, во всех случаях проводилась коррекция дозы варфарина, при значении МНО ‹2,0 — коррекция дозы варфарина проводилась только в 62,4%.

Частота геморрагических осложнений на фоне терапии варфарином составила 17,3%:, у 1 пациента отмечалась макрогематурия,в этом случае варфарин был отменён, и у 3-х пациентов имели место малые геморрагические осложнения (носовые кровотечения, кровоизлияния в конъюктиву, подкожные кровоизлияния).

Выводы: В амбулаторной практике отмечается низкая частота назначения непрямого антикоагулянта варфарина пациентам с ФП, что обусловлено в первую очередь трудностью контроля терапии. Эффективность и безопасность терапии варфарином зависит от того, насколько тщательно пациент следует рекомендациям по контролю уровня МНО и от умения врача адекватно корректировать дозу препарата.

0282

ВЛИЯНИЕ ОРИГИНАЛЬНЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ХИМИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ АНТИОКСИДАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ НА СОЧЕТАННЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ивлиева Е.Н.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н. П. Огарёва», Саранск

В связи с отсутствием универсального способа коррекции всего комплекса патологических сдвигов гомеостаза при метаболическом синдроме, оправданы попытки повлиять на сочетанные нарушения обмена веществ средствами с антиоксидантным типом действия. В частности, химическими соединениями, разработанными отечественными учёными — гепатопротекторглютабианц (25мг/кг/сут) (Скачилова С.Я., Радкевич Л.А., 1998) и синтетическое производное оксиникотиновой кислоты ЛБК-149 (25 мг/кг/сут) (Смирнов Л.Д., Кесарев О.Г., 1992), на моделях дислипидемий у лабораторных животных (крыс). Как препараты сравнения использовались пробукол (20 мг/кг/сут) и ловастатин (2,3мг/кг/сут).

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на 130 нелинейных крысах обоего пола массой 180-200 гр. Использование комплекса моделей дислипидемии позволяет более наглядно воспроизводить в эксперименте метаболические нарушения, характерные для клинических ситуаций. Модель №1. Холестериновая дислипидемия (ХД) — индуцированная холестерином и витамином Д2. Животным ежедневно внутрь вводили масляный раствор холестерина в дозе 40 мг/кг и витамина Д2 в дозе 25 000 МЕ/кг (в качестве прооксиданта) в течение 20 сут (Jowsufzai S.Y.K. etal., 1976) в модификации (Есина М.В., Хоронеко С.Е., 2002). Модель № 2. Аллоксано-холестериновая дислипидемия (АХД) — индуцированное аллоксаном и холестерином нарушение углеводного и липидного обмена. Животным однократно внутрибрюшинно вводили раствор аллоксана в дозе 135 мг/кг, а затем ежедневно внутрь масляный раствор холестерина в дозе 40 мг/кг в течение 20 сут (Зорькина А.В., Артемьева О.В., 2002).

Проведено 13 серий опытов. В течении первых 20-ти суток у животных формировались метаболические нарушения, которые мы определяли как условно исходные. В дальнейшем животные были разделены на группы и все продолжали получать нагрузку холестерином или холестерином и витамином Д2. В контроле крысы не подвергались другим воздействиям до конца эксперимента. Остальным с 21-го по 30-й день вводились исследуемые вещества.

Результаты исследования и выводы. ХД вызывала негативные сдвиги в липидном спектре плазмы крови

животных, отражающие нарушения, характерные для дислипидемии типа II А (по классификации ВОЗ). Через 20 суток существенно повышался уровнь холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛПНП) и увеличивался индексатерогенности (ИА). Через 30 суток у животных контрольной группы, помимо этого, наблюдалось также повышение уровней триглицеридов (ТГ) и общего холестерина (ОХС).

При АХД наблюдались изменения липидного спектра, которые можно условно отнести к дислипидемии типа II Б. Через 20 суток эксперимента регистрировалось увеличение содержания ХсЛПНП, триглицеридов, снижение ХсЛПВП, повышение ИА и уровня глюкозы.

Оказалось, что в отличие от препаратов сравнения, ловастатина и пробукола, производное никотиновой кислоты ЛБК-149 и глютабианц в большей степени предотвращали рост индекса атерогенности и повышали уровень ХсЛПВП в условиях обеих моделей. А глютабианц снижал степень гликемии при АХД.

0283

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Иевская Е.В., Соколова Л.А., Сердюков С.В., Комелов В.Н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Исследованиями последних лет установлена высокая распространенность инсулинорезистентности (ИР) и ее патогенетическая связь с развивающимися гемодинамическими и метаболическими расстройствами у больных с ожирением (метаболическим синдромом). Остается неуточненным влияние ИР на степень и течение артериальной гипертензии (АГ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с нормальной массой тела.

Цель: определить распространенность ИР и ее связь со степенью и течением АГ у больных с нормальной массой тела.

Материалы и методы: обследовано 70 больных АГ 1-2 степени (ГБI-II стадии) с нормальной массой тела (ИМТ=18,5-24,9 кг/м^2) в возрасте 30-50 лет, без значимой сопутствующей патологии, отобранных методом случайной выборки на амбулаторном приеме. Всем пациентам исследовали уровень глюкозы крови натощак (G) и иммунореактивного инсулина (I) с целью определения показателя ИР — коэффициента QUICKI. (Коэффициент QUICKI= 1/(log(I))+log(18*G)).При QUICKI<0,32 диагностировали ИР. Всем больным, помимо офисного АД,проводили суточное мониторирование АД (СМАД) и эхокардиографию (ЭХОКГ).

Результаты: из обследованной группы больных по показателю QUICKI ИР была определена у 25 больных (35%). По показателю QUICKI исследуемые пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — 25 человек с ИР (15 мужчин и 10 женщин), и 2 группа — 45 человек без ИР (21 мужчин и 24 женщин). По возрастному составу, давности и степени АГ сравниваемые группы не отличались. Уровень офисного систолического АД (САД) в 1 группе составил — 148,1±3,4 мм рт.ст., во 2 группе — 144,0±2,3 мм рт.ст.; уровень диастолического АД (ДАД) — 89,2±1,3 и 88,7±0,6 мм рт.ст соответственно. Показатели СМАД: САД среднесуточное в 1 группе 153,4±1,2 мм рт.ст., во 2 группе 148,4±2,1 мм рт.ст.; САД среднедневное 1 группа — 151,1±1,6 мм рт. ст., 2 группа — 147,3±1,7 мм рт.ст.; САД средненочное 1 группа — 135,3±1,2 мм рт. ст., 2 группа — 137,8±1,5 мм рт.ст.; ДАД среднесуточное в 1 группе 84,4±1,8 мм рт. ст., во 2 группе 87,5±0,8 мм рт. ст.; ДАД среднедневное 1 группа — 91,8±1,4 мм рт.ст., 2 группа — 88,7±1,3 мм рт.ст.; ДАД средненочное 1 группа — 78,4±1,8 мм рт.ст., 2 группа — 74,3±1,8 мм рт.ст.; индекс времени АД днем 1 группа — 45,3±1,4%, во 2 группе — 44,8±1,2%; индекс времени АД ночью 1 группа — 35,3±1,2%, во 2 группе — 32,4±0,9%. Во всех случаях различия не достигали степени статистической достоверности (p>0,05), кроме показателяСАД среднесуточное (p<0,05).При этомпризнаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по ЭХО-КГ показателям(ИММЛЖ >122 г/м^2) выявлены у 19 человек 1 группы (76%) и у 30 человек 2 группы (66%), (p<0,05).

Выводы:частота регистрации ИР у исследуемой группы больных АГ с нормальной массой тела составил 35%. При этом, судя по уровню среднесуточного показателя СМАД, у выделенной группы пациентов степень АГ была выше, чем у больных АГ без ИР. ГЛЖ также достоверно чаще встречалась у пациентов АГ и ИР.

0284

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Иевская Е.В., Соколова Л.А., Сердюков С.В., Комелов В.Н.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Дисфункция эндотелия (ДЭ)является начальным этапом процессов атерогенеза. Хорошо изученным фактором риска атеросклероза у больных артериальной гипертензией (АГ) и ожирением является инсулинорезистентность (ИР). Однако, роль ИР у пациентов с АГ с нормальной массой тела не уточнена.

Цель:выявление распространенности и степени тяжести ДЭ у больных АГ с нормальной массой тела и ИР.

Материалы и методы: обследовано 70 больных АГ 1-2 степени (гипертонической болезнью I-II стадии) с нормальной массой тела (ИМТ = 18,5-24,9 кг/м^2) в возрасте 30-50 лет, без значимой сопутствующей патологии, отобранных методом случайной выборки на амбулаторном приеме. Всем пациентам, помимо офисного артериального давления (АД), проводили суточноемониторирование АД(СМАД), исследовали уровень глюкозы(G) кровинатощак и иммунореактивного инсулина (I) с целью определения показателя ИР — величины коэффициента QUICKI. (Коэффициент QUICKI= 1/(log(I))+log(18*G)). При QUICKI‹ 0,32 диагностировали ИР. Определение ДЭ производилось на аппарате ITAMAR — 2000, при этом определялись такие показатели, как индекс реактивной гиперемии (Rhi), индекс эластичности сосудов (Ai). При Rhi‹ 1,7 диагностировали ДЭ, при Ai› 10% выявляли снижение эластичности сосудов.

Результаты:по показателю QUICKI исследуемые пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — 25 человек с ИР (15 мужчин и 10 женщин), и 2 группа — 45 человек без ИР (21 мужчин и 24 женщин). По возрастному составу, давности и степени АГ сравниваемые группы не отличались. Уровень офисного систолического АД (САД) в 1 группе составил — 148,1±3,4 мм рт.ст., во 2 группе — 144,0±2,3 мм рт.ст.; уровень диастолического АД (ДАД) — 89,2±1,3 и 88,7±0,6 мм рт.ст соответственно. Показатели СМАД: САД среднесуточное в 1 группе 153,4±1,2 мм рт.ст., во 2 группе 148,4±2,1 мм рт.ст. ($p<0,05$); САД среднедневное 1 группа — 151,1±1,6 мм рт. ст., 2 группа — 147,3±1,7 мм рт.ст.; САД средненочное 1 группа — 135,3±1,2 мм рт. ст., 2 группа — 137,8±1,5 мм рт.ст.; ДАД среднесуточное в 1 группе 84,4±1,8 мм рт. ст., во 2 группе 87,5±0,8 мм рт. ст.; ДАД среднедневное 1 группа — 91,8±1,4 мм рт.ст., 2 группа — 88,7±1,3 мм рт.ст.; ДАД средненочное 1 группа — 78,4±1,8 мм рт.ст., 2 группа — 74,3±1,8 мм рт.ст.; индекс времени АД днем 1 группа — 45,3±1,4%, во 2 группе — 44,8±1,2%; индекс времени АД ночью 1 группа — 35,3±1,2%, во 2 группе — 32,4±0,9%. Во всех случаях различия не достигали степени статистической достоверности ($p>0,05$), кроме показателяСАД среднесуточное ($p<0,05$) . При этом ДЭ в 1 группе (у 19 человек) определялась значительно чаще, чем во второй (31 человек):(76 % и 68 % соответственно, $p<0,05$). Кроме того, степень ее выраженности, судя по коэффициенту Ai, была больше в группе пациентов с ИР. Так, коэффициент Ai в 1 группе составил 68%, во 2 группе 60% (у 17 и 27 человек соответственно, $p<0,05$).

Выводы:у исследованных пациентов с ГБ нормальной массой тела и ИР уровень среднесуточного САД, а также частота распространенности и степень ДЭ выше, чем у больных АГ без ИР.

0285

ЧАСТОТА КАШЛЯ ПРИ ПРИЕМЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ильиных Е.И., Овечкин А.О.

ГБОУ ВПО Коми филиал Кировской государственной медицинской академии, Сыктывкар

Цель исследования — оценить частоту кашля при приеме ингибиторов АПФ у пациентов кардиологического и эндокринологического профиля и связь кашля на ингибиторы АПФ с исходной бронхиальной гиперреактивностью.

Материал и методы. В исследование включались пациенты с диагнозами, требующими назначения ингибиторов АПФ или сартанов (ИБС, ХСН, сахарный диабет с нефропатией). В исследовании участвовало 227 пациентов (средний возраст — 60±12 лет, мужчины — 51%), находившихся на стационарном лечении в карди-

ологических и эндокринологических отделениях. Проводилось интервьюирование пациентов с заполнением опросника. Для оценки различий между двумя группами по качественным признакам использовался критерий χ^2. Статистическая значимость различий принималась при $p<0,05$

Результаты. Диагнозы в исследуемой группе: острые коронарные синдромы — 28%, хронические формы ИБС — 44%, ХСН — 39%, сахарный диабет — 39%, ХБП — 39%, артериальная гипертензия 77%. Ингибиторы АПФ получали 63% пациентов, сартаны 25%, 12% пациентов в настоящую госпитализацию не получали ингибиторы АПФ или сартаны. Кашель на прием ингибиторов АПФ отмечали 24% пациентов, у 70% из них потребовалась отмена препарата. Развитие кашля на 1-2-е сутки приема препарата отмечали 53% пациента, в течение 1-2-й недели — 31%, более 1 месяца — 16%. Пациенты с кашлем на ингибиторы АПФ чаще отмечали симптомы бронхиальной гиперреактивности в анамнезе (69% пациентов) по сравнению с пациентами без кашля (32%) (отношение шансов 4,5, 95% доверительный интервал 2,4-8,5). Также у пациентов с кашлем на ингибиторы АПФ чаще в анамнезе отмечалась крапивница, чем у пациентов без кашля (31 и 13%, соответственно, отношение шансов 2,8, 95% доверительный интервал 1,4-5,7).

Выводы. Кашель на ингибиторы АПФ является частой неблагоприятной лекарственной реакций и встречался у 24% пациентов, что намного больше, чем отмечается в инструкциях к препаратам ингибиторов АПФ. У большинства пациентов (84%) кашель на ингибиторы АПФ развился в первые 2 недели приема препарата. У пациентов с кашлем на ингибиторы АПФ чаще встречались симптомы бронхиальной гиперреактивности и крапивница в анамнезе, чем у пациентов без кашля.

0286

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО КАТИОННОГО БЕЛКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Имаева А.Э., Козлов С.Г., Габбасов З.А., Сабурова О.С., Масенко В.П., Кухарчук В.В.

ФГБУ Российский Кардиологический Научно-Производственный Комплекс Минздрава Российской Федерации, Москва

Целью исследования является оценка динамики сывороточного уровня эозинофильного катионного белка — маркера активации эозинофилов после имплантации непокрытых стентов и стентов с лекарственным покрытием.

Материалы и методы: в исследование были включены и находились под наблюдением в течение года после имплантации непокрытых стентов и стентов с лекарственным покрытием 80 больных ИБС обоего пола. Всем пациентам перед стентированием, на первый, третий, седьмой день, а также через 2, 6 и 12 месяцев после стентирования проведено измерение уровня эозинофильного катионного белка (ЭКБ), иммуноглобулина Е (Ig E) и высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) в крови. Уровни ЭКБ и Ig E в крови определяли на автоматическом хемилюминесцентном анализаторе Immulite-1000 (Siemens, США) иммуноферментным методом. Уровень вч-СРБ в крови измеряли на автоматическом лазерном нефелометре BN-ProSpec (Siemens, США).

Результаты. Уровень ЭКБ перед имплантацией стентов с лекарственным покрытием составил 7,8 (6,4; 8,7) нг/мл. Во время пребывания в стационаре, а также через 2 месяца после стентирования достоверной динамики уровня ЭКБ выявлено не было ($p=0,29$). Медиана уровня ЭКБ через 6 месяцев после имплантации стентов с лекарственным покрытием была достоверно выше исходного значения и составила 8,6 (7,3; 9,7) нг/мл ($p=0,04$). В последующем отмечено еще большее увеличение уровня ЭКБ. Его медиана через год составила 12,5 (10,1; 14,6) нг/мл, что было достоверно выше уровня ЭКБ через шесть месяцев после коронарного стентирования ($p=0,001$). Медиана уровня ЭКБ перед имплантацией непокрытых стентов составила 7,2 (6,5; 9,5) нг/мг, в последующем достоверной динамики уровня ЭКБ в крови обнаружено не было ($p=0,61$). Больные после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда с помощью стентов с лекарственным покрытием имели в сравнении с пациентами, которым были имплантированы непокрытые стенты, более высокий уровень эозинофильного катионного белка через 6 ($p=0,01$) и 12 ($p=0,001$) месяцев после стентирования. Отмечено достоверное повышение уровня вч-СРБ на первый день после имплантации стентов с лекарственным покрытием ($p=0,001$), на третий день данный показатель вернулся к исходному уровню. В последующем достоверной динамики уровня вч-СРБ не было выявлено ($p=0,54$). В случае имплантации непокрытых стентов уровень вч-СРБ также был повышен на первый день после стентирования ($p=0,001$), прогрессивно снижался в течение последующих 7 дней и вернулся к исходному уровню через 2 месяца. Достоверной динамики уровня Ig E в крови больных, как после имплантации непокрытых стентов ($p=0,17$), так и после эндоваскулярной

реваскуляризации с помощью стентов с лекарственным покрытием (p=0,78) в течение всего периода наблюдения обнаружено не было.

Выводы. Эндоваскулярная реваскуляризация миокарда с помощью стентов с лекарственным покрытием, в отличие от имплантации непокрытых стентов, приводит к повышению уровня эозинофильного катионного белка.

0287

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА И ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЕГО РАЗВИТИЯ

Иртюга О.Б., Жидулева Е.В., Муртазалиева П.М., Дубровская О.Б., Рудаков М.М., Моисеева О.М.

Федеральный специализированный перинатальный центр ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», Санкт –Петербург

Цель. Оценить частоту выявления и изучить основные патогенетические механизмы развития аортального стеноза (АС) на примере когортного исследования.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 13447 пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью в ФЦСКЭ. Всем пациентам, включенным в исследование, было выполнено эхокардиографическое обследование на аппарате Vivid 7 (GE, США) по стандартному протоколу. Для изучения патогенетических механизмов развития АС у 58 пациентов с тяжелым АС, 16 здоровых доноров крови и 16 пациентов без заболеваний сердечно-сосудистой системы определяли липидный профиль, уровень С-реактивного белка (СРБ), остеопротегерина (ОПГ) и растворимого лиганда рецептора активатора фактора транскрипции каппа-В (sRANKL) в сыворотке крови.

Результаты. Из 13447 обследованных у 593 (4,4%) выявлен АС различной степени тяжести (средний возраст 64,7 ± 0,5 лет). Все пациенты распределены на 5 групп в зависимости от этиологии АС: 342 (58%) пациента со склеродегенеративным поражением аортального клапана (АК), 82(13,8 %) с двустворчатым АК, 18(3%) с инфекционным эндокардитом, 91(15,3 %) с хронической ревматической болезнью сердца и 58 (9,8%) пациентов с неуточненной этиологией порока трикуспидального АК. Во всех группах установлена связь пиковой скорости на АК от возраста обследованных и концентрации общего холестерина (r=0,108; p=0,011 и r=0,103; p=0,028). По результатам стандартного трансторакального ЭХОКГ 58 пациентов с тяжелым АС распределены на 2 подгруппы: с трехстворчатым АК (ТАК) — 52,7 % и двустворчатым АК (БАК) — 48,3%. Выявлено повышение концентрации ОПГ в сыворотке крови у больных с АС по сравнению с контрольной группой. Наибольшая концентрация ОПГ отмечена у пациентов с ТАК (у пациентов с БАК-6,0 ± 0,4 ммоль/л, 6,5 ± 0,5ммоль/л у пациентов с ТАК и 4,8 ± 0,3 ммоль/л у пациентов контрольной группы, p<0,05). Установлена связь между уровнем ОПГ и возрастом обследованных (r = 0,4; p = 0,04). Сравнительный анализ сывороточного уровня sRANKL не выявил различий в исследуемых подгруппах. Вместе с тем, у пациентов с АС трикуспидального АК концентрация sRANKL была тесно связана с наличием АГ (r = 0,4; p = 0,02). У пациентов с ТАК было повышено соотношение ОПГ/sRANKL (в подгруппе с БАК — 13,1 и 20,0 у пациентов с ТАК, p=0,02). Пациенты в основном, получали терапию бета-адреноблокаторами, но часть пациентов дополнительно получала иАПФ в качестве антигипертензивного препарата. Не выявлено негативного влияния терапии ингибиторами АПФ на пиковую скорость трансаортального потока.

Выводы. Основной этиологической причиной АС является склеродегенеративное поражение АК. Среди факторов риска нарушения системы остеопротегерин/RANKL/RANK, преимущественно у пациентов с ТАК, наибольшее значение имеют АГ и возраст. Ингибиторы АПФ не влияют на скорость трансаортального потока и могут использоваться в терапии АС.

0288

ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЧЕК, ПОДВЕРГНУТЫХ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Искендеров Б.Г., Сисина О.Н., Будаговская З.М., Тимофеева Н.А.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия; ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель исследования: определить факторы риска возникновения острого повреждения почек (ОПП) в раннем послеоперационном периоде у больных с корригированными клапанными пороками сердца.

Материал и методы. В клиническое исследование включали 495 больных (283 женщин и 212 мужчин) с приобретенными клапанными пороками в возрасте от 32 до 67 лет (53,7±6,3 года), у которых в условиях искусственного кровообращения выполнялось протезирование и пластика клапанов сердца. Из них у 164 больных (33,1%) первые сутки после операции диагностировали ОПП (1-я группа), а у 331 больного (66,9%) показатели функции почек были нормальными (2-я группа). У 312 больных (63,0%) пороки имели ревматическое происхождение, в том числе у 57,3% больных с ОПП. Больным в плановом порядке было проведено протезирование митрального и/или аортального клапанов (МК, АК) механическими двухстворчатыми протезами, а также пластика трикуспидальных клапанов. ОПП диагностировали по критериям RIFLE по уровню креатинина сыворотки.

Результаты. Среди больных с ОПП по сравнению с больными без ОПП преобладали женщины (64,0% против 53,8%; p=0,038). Средний возраст больных с ОПП превышал таковой у больных без ОПП (p=0,021). У больных с ОПП по сравнению с больными без ОПП достоверно чаще диагностировались клапанные пороки, вызванные инфекционным эндокардитом (χ^2=7,83; p=0,005). Развитие ОПП чаще ассоциировалось с коморбидными состояниями — сахарным диабетом 2 типа, застойной хронической сердечной недостаточностью, постоянной формой фибрилляции предсердий, ИБС и инсультом в анамнезе. У больных с ОПП также индекс EuroSCORE оказался достоверно выше. Однако исходные показатели СКФ и sCr были в пределах нормы и различались недостоверно.

Ранние осложнения операции — ишемический инсульт и постперикардиотомный синдром у больных с тяжелым ОПП по сравнению с больными без ОПП выявлялись достоверно чаще: χ^2=4,16 (p=0,041) и χ^2=6,62 (p=0,01) соответственно. Также острая сердечная недостаточность и сепсис в послеоперационном периоде у больных с умеренным и тяжелым ОПП выявлялись достоверно чаще, чем у больных без ОПП. Изучение динамики показателей sCr через 1 месяц после операции выявило транзиторное ОПП у 53,0% больных, персистирующее ОПП — у 42,1% и стойкое (необратимое) ОПП — у 4,9% больных. Через 6 месяцев после операции из 148 больных, перенесших ОПП и оставшихся в живых, у 85 (51,8%) СКФ была выше 90 мл/мин/1,73 м2, у 57 больных (34,8%) она составила 89-60 мл/мин/1,73 м^2 и у 9 больных (5,5%) — 59-30 мл/мин/1,73 м2. Госпитальная летальность у больных с ОПП составила 7,9% и у больных без ОПП — 2,1%, а 6-месячная летальность — 3,3% и 0,9% соответственно.

Выводы. Выявлено, что у больных с нормальной функцией почек, подвергшихся коррекции клапанных пороков сердца, развитие ОПП увеличивает госпитальную летальность в 3 раза по сравнению с больными без ОПП, а также способствует развитию хронической болезни почек у 44,6% больных.

0289

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Искендеров Б.Г., Сисина О.Н.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: изучить влияние аортокоронарного шунтирования (АКШ) и/или маммарно-коронарного шунтирования (МКШ) на показатели экскреторной функции почек у больных с хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы. Обследовали 233 больных (135 мужчин и 98 женщин) в возрасте от 46 до 68 лет (58,5±5,2 года), которым в плановом порядке выполнялось АКШ и/или МКШ. Острое повреждение почек (ОПП) после операции диагностировали по критериям RIFLE по уровню креатинина сыворотки. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) вычисляли по формуле MDRD. До операции у 75 больных величина СКФ была выше 90 мл/мин/1,73 м2, у 101 больного — в пределах 89-60 мл/мин/1,73 м2 и у 57 больных СКФ составляла от 59 до 45 мл/мин/1,73 м2. Из 233 больных у 95 больных (40,8%) в анамнезе была хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II-III функционального класса (ФК), у 48 — постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП), у 72 — перенесенный инфаркт миокарда, у 53 — ишемический инсульт, у 43 — сахарный диабет 2 типа.

Результаты. В зависимости от динамики показателей функции почек первые 2-3 недели после операции больные были разделены на 3 группы: 1-я группа (117 больных; 50,2%) — развитие ОПП (ухудшение показате-

лей СКФ и sCr); 2-я группа (46 больных; 19,8%) — нормализация исходных показателей СКФ и sCr; 3-я группа (70 больных; 30,0%) — уменьшение уровня sCr и/или увеличение СКФ более 10% от исходного уровня, но без нормализации. Госпитальная летальность в 1-й группе составила 19,7%, во 2-й группе — 6,5% и в 3-й группе — 8,6%. Через 3 месяца после операции структура больных изменилась: из 189 выжавшихся больных к этому времени, в 1-й группе остались 40 больных (21,2%), 2-ю группу составили 61 больной (32,3%) и 3-ю группу — 88 больных (46,5%). Смертность в течение 6 месяцев после выписки из стационара в 1-й группе составила 14,9%, во 2-й группе — 4,7% и в 3-й группе — 6,3%. А также отмечалась дальнейшая тенденция к улучшению показателей функции почек, особенно во 2-й и 3-й группах больных: через 6 месяцев после АКШ количество выживших больных составило: в 1-й группе — 25 человек (13,8%), во 2-й группе — 74 человека (40,9%) и в 3-й группе — 82 человека (45,3%).

Кроме того, выявлены тесные корреляционные связи показателей СКФ и sCr с показателями систолической и диастолической функций сердца, ФК ХСН, результатами теста 6-минутной ходьбы, индексом нарушения локальной сократимости миокарда, а также параметрами качества жизни, определяемыми по шкале SF-36.

Выводы. Показано, что улучшение показателей экскреторной функции почек у больных с ХБП, подвергнутых операции АКШ и/или МКШ, коррелирует с интегральным индексом EuroSCORE, в первую очередь, улучшением систолической функции сердца и увеличением коронарного резерва. Динамика показателей функции почек после АКШ определяет уровень смертности.

0290

ПРОФИЛАКТИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ И ТРИМЕТАЗИДИНОМ В СОЧЕТАНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Исламова У.А., Абдуллаев А.А.

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

Цель — определить роль раннего амбулаторного приема омега-3-полиненасыщенных жирных кислот итриметазидина в сочетании со стандартной терапией в постинфарктном периоде в профилактике электрической нестабильности сердца.

Методы.Наблюдали 120 пациентов обоего пола, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 35 до 70 лет с непосредственным наблюдением со дня выписки из стационара в течение 6 мес, в том числе: а) 40 пациентов контрольной группы со стандартным лечением, включающим аспирин, вазилип (симвастатин фирмы KRKA, Словения), эгилок25-50мг/сут(метопролол фирмы «Эгис», Венгрия), эднит5-10 мг/сут(эналаприл фирмы «Гедеон Рихтер, Венгрия) и по показаниям — нитраты и другие препараты;б)40 пациентов с применением предуктала МВ (триметазидин фирмы «Сервье», Франция) в сочетании со стандартным лечением (1-я группа) и в) — 40 пациентов с применением омакора1 г/сут(лекарственный препарат высокоочищенных омега-3 ПНЖК фирмы SolvayPharmaceuticals, Германия) и предуктала МВ70 мг/сутв сочетании со стандартным лечением (2-я группа). Продолжительность лечения испытуемыми препаратами в группах вмешательства –6мес, в дальнейшем при отсутствии прямых показаний для использования омакора и предуктала МВ во всех группах проводилось только стандартное лечение.Проводили двухкратносуточное мониторирование ЭКГ по Холтеру компьютерной программой «Diacard» фирмы Medicom (Москва)в 1-й день после выписки из инфарктного отделения Республиканской больницы № 2 ЦСЭМП и через 6 мес.

Результаты. Выявленостатистически значимое уменьшение количества желудочковых экстрасистол во 2-й группе вмешательства(2602/сутисходно и 1419/сут через 6мес); наблюдается также уменьшение количества желудочковых экстрасистол через полгода лечения в контрольной и 1-й группах, но степень уменьшения количества экстрасистол менее выражена (1119 в 1-й и1310 — в контрольной группах). В динамике наблюдается относительное снижение количества наджелудочковых экстрасистол почти в одинаковой степени во всех группах. Отмечалось отчетливое снижение суммарной ишемии в 1-й и 2-ой группах по сравнению с контрольной.

Выводы: Сочетание стандартной терапии с триметазидином и омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами эффективно снижает количество желудочковых экстрасистол и способствует уменьшению суммарной ишемии миокарда, что способствует снижению электрической нестабильности сердца.

0291

РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ишмурзин Г.П., Валиева Д.А.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань

Целью настоящей работы явилось изучениешестимесячного прогноза и общего риска смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перенесших инфаркт миокарда и стенокардией напряжения различных функциональных классов.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов обоего пола (средний возраст 71±6,6 лет) с ИБС, выписанных из терапевтического отделения 18 городской клинической больницы г. Казани за 2012 год. Пациенты были разделены на 2 группы: первая с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), вторая — со стенокардией напряжения различных функциональных классов без перенесенного ИМ. Оценка прогноза проводился на основании алгоритма CRASE, рекомендованный Европейским обществом кардиологов, где учитывались возраст, наличие хронической сердечной недостаточности, постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), данные клинико-лабораторных исследований и сопутствующая патология. Пациенты получали стандартную терапию ИБС бета-блокаторами, ингибиторами АПФ, статинами, аспирином и нитратами.

Результаты: Среди сопутствующей патологии выявлено пациентов с гипертонической болезнью 47 (78,3%), 7 (11,7 %) пациентов с язвой желудка в стадии ремиссии, 9 (15%) пациентов страдали сахарным диабетом второго типа, 4 (6,7%) больных имели какое-либо тубулоинтерстициальное заболевание почек. При анализе алгоритма у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда риск общей смертности по шкале CRASE составлял от 116 до 190, что показывает высокий риск внезапной смерти у данной группы пациентов. Низкий риск в этой группе больных не был выявлен.

В группе больных стенокардией напряжения без перенесенного ИМ показатели составили от 63 до 158. Следует отметить, что в этой группе также высок риск внезапной смерти, но в общей шкале у данного контингента есть 2 пациента с низким риском.

При оценке результатов по отдельным критериям, риск общей смертности наиболее высок у пациентов в возрастеболее 73 лет, с ЧСС более 82 в мин и высоким содержанием креатинина в крови.

Выводы: Риск общей смертности пациентов на основании данного алгоритма остаются высокими в обеих группах с ИБС, хотя во второй группе недостоверно ниже. Улучшение прогнозав данных группах пациентов возможно за счет коррекции ЧСС и креатинина.

0292

РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ишмурзин Г.П., Валиева Д.А.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань

Целью настоящей работы явилось изучение шестимесячного прогноза и общего риска смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перенесших инфаркт миокарда и стенокардией напряжения различных функциональных классов.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов обоего пола (средний возраст 71±6,6 лет) с ИБС, выписанных из терапевтического отделения 18 городской клинической больницы г. Казани за 2012 год. Пациенты были разделены на 2 группы: первая с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), вторая — со стенокардией напряжения различных функциональных классов без перенесенного ИМ. Оценка прогноза проводился на основании алгоритма CRASE, рекомендованный Европейским обществом кардиологов, где учитывались возраст, наличие хронической сердечной недостаточности, постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), данные клинико-лабораторных исследований и сопутствующая патология. Пациенты получали стандартную терапию ИБС бета-блокаторами, ингибиторами АПФ, статинами, аспирином и нитратами.

Результаты: Среди сопутствующей патологии выявлено пациентов с гипертонической болезнью 47 (78,3%), 7 (11,7 %) пациентов с язвой желудка в стадии ремиссии, 9 (15%) пациентов страдали сахарным диабетом второго типа, 4 (6,7%) больных имели какое-либо тубулоинтерстициальное заболевание почек. При анализе алгоритма у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда риск общей смертности по шкале CRASE состав-

лял от 116 до 190, что показывает высокий риск внезапной смерти у данной группы пациентов. Низкий риск в этой группе больных не был выявлен.

В группе больных стенокардией напряжения без перенесенного ИМ показатели составили от 63 до 158. Следует отметить, что в этой группе также высок риск внезапной смерти, но в общей шкале у данного контингента есть 2 пациента с низким риском.

При оценке результатов по отдельным критериям, риск общей смертности наиболее высок у пациентов в возрасте более 73 лет, с ЧСС более 82 в мин и высоким содержанием креатинина в крови.

Выводы: Риск общей смертности пациентов на основании данного алгоритма остаются высокими в обеих группах с ИБС, хотя во второй группе недостоверно ниже. Улучшение прогноза в данных группах пациентов возможно за счет коррекции ЧСС и креатинина.

0293

РИСК ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ишмурзин Г.П., Валиева Д.А.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань

Целью настоящей работы явилось изучение шестимесячного прогноза и общего риска смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перенесших инфаркт миокарда и стенокардией напряжения различных функциональных классов.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов обоего пола (средний возраст 71±6,6 лет) с ИБС, выписанных из терапевтического отделения 18 городской клинической больницы г. Казани за 2012 год. Пациенты были разделены на 2 группы: первая с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), вторая — со стенокардией напряжения различных функциональных классов без перенесенного ИМ. Оценка прогноза проводился на основании алгоритма CRASE, рекомендованный Европейским обществом кардиологов, где учитывались возраст, наличие хронической сердечной недостаточности, постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), данные клинико-лабораторных исследований и сопутствующая патология. Пациенты получали стандартную терапию ИБС бета-блокаторами, ингибиторами АПФ, статинами, аспирином и нитратами.

Результаты: Среди сопутствующей патологии выявлено пациентов с гипертонической болезнью 47 (78,3%), 7 (11,7 %) пациентов с язвой желудка в стадии ремиссии, 9 (15%) пациентов страдали сахарным диабетом второго типа, 4 (6,7%) больных имели какое-либо тубулоинтерстициальное заболевание почек. При анализе алгоритма у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда риск общей смертности по шкале CRASE составлял от 116 до 190, что показывает высокий риск внезапной смерти у данной группы пациентов. Низкий риск в этой группе больных не был выявлен.

В группе больных стенокардией напряжения без перенесенного ИМ показатели составили от 63 до 158. Следует отметить, что в этой группе также высок риск внезапной смерти, но в общей шкале у данного контингента есть 2 пациента с низким риском.

При оценке результатов по отдельным критериям, риск общей смертности наиболее высок у пациентов в возрасте более 73 лет, с ЧСС более 82 в мин и высоким содержанием креатинина в крови.

Выводы: Риск общей смертности пациентов на основании данного алгоритма остаются высокими в обеих группах с ИБС, хотя во второй группе недостоверно ниже. Улучшение прогноза в данных группах пациентов возможно за счет коррекции ЧСС и креатинина.

0294

АНАЛИЗ ПРИЧИН ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Казерацкая Е.Б., Кушнаренко Н.Н., Лесков С.В., Пережогина О.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить причины тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у онкологических больных.

Материалы и методы: Объектом исследования явились пациенты, находившиеся на лечении в ГУЗ «Забайкальском краевом онкологическом диспансере» в 2012 году по поводу онкологических заболеваний различных локализаций, причиной смерти которых стала ТЭЛА. Пульсоксиметрия проводилась прибором MD300C12. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Statistica 6.1 (StatSoft). Данные представляли в виде среднего арифметического значения (M), ошибки средней (m), а также в процентах. Для определения значимости отличий применялся критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты: В 2012 г. причиной летального исхода пятнадцати пациентов, явилась ТЭЛА, что составило 13,9% от всех умерших в ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер». Из них женщин — 8(53%), мужчин — 7(47%). Средний возраст пациентов составил 67,3±1,5 года. Наиболее часто в опухолевый процесс вовлекались легкие — 5(34%), толстая кишка — 4(26%), желудок — 3(20%), а также матка — 2(13%) и мочевой пузырь — 1(7%). Все пациенты, у которых произошла ТЭЛА, имели опухолевый процесс в далеко зашедшей стадии, а именно T4N3M1. Нами была проведена предварительная оценка вероятности ТЭЛА по 2-м шкалам: M.W. Roges, P.S. Wells (2001 г) и G. LeGal (Женева, 2006г). У 13-ти (86%) пациентов выявлена высокая вероятность возникновения ТЭЛА, 2(14%) пациента демонстрировали умеренную вероятность риска ТЭЛА. Нами установлено, что у всех пациентов произошла массивная тромбоэмболия легочной артерии, клиническая картина ТЭЛА протекала молниеносно, сопровождалась кардиогенным шоком; 5(33%) больных получали лучевую и химиотерапию, 10(67%) больных находились в послеоперационном периоде. Ни в одном из случаев по результатам патологоанатомических вскрытий источник тромба не найден. Одним из самых значимых факторов развития ТЭЛА является гипоксическое состояние. В послеоперационном периоде у 13 (86%) пациентов значение сатурации крови кислородом (SPO2) равно 92±0,5%, наблюдается гипоксия. Всем пациентам был выставлен диагноз ТЭЛА при жизни. Гепаринопрофилактика была проведена 3(20%) пациентам. Ни одному из пациентов не проводилось тугоэластическое бинтование нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде.

Выводы.

1. При ТЭЛА первичная опухоль наиболее часто возникала в легких, желудке, толстом кишечнике, матке.
2. Большая часть больных, умерших от ТЭЛА страдали опухолевым процессом в далеко зашедшей стадии (T4N3M1).
3. Согласно шкал Женевской (2006) и Roges, Wells (2001) практически все больные имели высокую вероятность возникновения ТЭЛА.
4. Тугоэластическое бинтование нижних конечностей пациентам не проводилось.
5. В послеоперационном периоде развивается гипоксия, что имеет значение в развитии ТЭЛА.

0295

РИСК SCORE У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Казызаева А.С., Воробьева Е.Н., Шарлаева Е.А., Соколова Г.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет», Барнаул, Россия

Целью исследования явилась оценка риска фатальных событий сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у жителей г. Барнаула старшей возрастной группы. Было обследовано 175 мужчин и женщин в возрасте от 50 лет и старше (средний возраст обследованных — 57,5±0,46 лет). Для оценки риска учитывали пол, возраст, уровень систолического артериального давления (САД) и общего холестерина (ОХС), статус курения пациентов. Риск SCORE рассчитывали по таблице.

Результаты. Риск SCORE у обследованных пациентов напрямую зависит от всех рассмотренных факторов риска: пола ($r=0,5$; $p<0,05$), возраста ($r=0,3$; $p<0,05$), статуса курения ($r=0,5$; $p<0,05$), величины САД ($r=0,3$; $p<0,05$) и уровня ОХС ($r=0,3$; $p<0,05$). Среди обследованных было 90 женщин (51,4%; средний возраст — 57,3±0,67 лет) и 85 мужчин (48,6%; средний возраст — 57,8±0,62 лет). САД у женщин в среднем было равно 132,3±2,25 мм рт.ст., у мужчин данный показатель был существенно выше и составлял 137,2±2,05 мм рт.ст. По уровню ОХС значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было (5,74±0,13 ммоль/л и 5,81±0,11 ммоль/л соответственно). Кроме того, 6,7% обследованных женщин были отнесены в группу курящих, среди мужчин курили 33,4% обследованных. У мужчин риск SCORE оказался в 3,7 раза выше, чем у женщин (5,65±0,51% — у мужчин; 1,51±0,17% — у женщин). В соответствии с полученными значениями обследованные мужчины были отнесены к категории лиц с высоким риском

(>5%), а женщины — к категории с умеренным риском (1-4%) развития фатальных событий ССЗ. В группе обследованных было 19,7% курящих пациентов. Риск SCORE у курящих почти в три раза выше, чем у некурящих (7,29±0,1% — высокий риск и 2,57±0,23% — умеренный, соответственно). При сочетании двух факторов риска (пол и курение) суммарный коронарный риск существенно возрастал. Так, у курящих женщин он был равен 3,33±1,38%, у некурящих — 1,37%. Женщины обеих групп относились к категории лиц с умеренных риском SCORE. У курящих мужчин риск был равен 8,14±1,14% (категория высокого риска), у некурящих почти в два раза ниже — 4,38±0,42% (умеренный риск). Все обследованных пациентов разделили на две возрастные группы: 50-59 лет и 60 лет и старше. Величины САД и ОХС у мужчин и женщин этих групп существенно не различались (у женщин 50-59 лет САД — 131,54±2,62 мм рт.ст., ОХС — 5,79±0,11 ммоль/л; в 60 лет и старше — САД — 134,38±4,5 мм рт.ст., ОХС — 5,66±0,13 ммоль/л; у мужчин 50-59 лет САД — 137,42±2,37 мм рт.ст., ОХС — 5,67±0,15 ммоль/л, в группе 60 лет и старше САД — 136,59±4,3 мм рт.ст., ОХС — 5,85±0,22 ммоль/л). У женщин 50-59 лет риск SCORE был определен как низкий (0,92±0,08), старше 60 лет его величина составила 3,08±0,48%, что соответствует умеренному риску. У мужчин старше 60 лет риск SCORE также оказался существенно выше, чем у мужчин 50-59 лет (9,41±1,4% — высокий риск и 4,31±0,35 — умеренный риск соответственно). При этом в обеих возрастных группах у мужчин коронарный риск был выше, чем у женщин. Таким образом, вероятность развития фатальных событий ССЗ повышается у мужчин и женщин по мере увеличения числа и выраженности у них факторов риска.

0296

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В Г. МОСКВЕ

Какорин С.В.,[1] Эрлих А.Д.,[2] Калинкина А.А.,[3] Бакулина А.В. [3]

[1]ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

[2]НИИ Физико-химической медицины ФМБА, Москва, Россия

[3]РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) в г. Москве от ноября 2012 г. изучить распространенность впервые выявленного сахарного диабета 2 типа (ВВСД) у больных госпитализированных в кардиологические стационары с ОКС.

Методы исследования. Анализ данных 585 карт больных, включенных в регистр острого коронарного синдрома (ОКС) в г. Москве в ноябре 2012 г. Все больные госпитализированы с диагнозом ОКС в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы. Изучаемые параметры включали ОКС, нормальный и нарушенный углеводный обмен (СД2, ВВСД). Диагноз нарушенного углеводного обмена ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

Полученные результаты. Из 585 карт проведен анализ 563 карт пациентов, госпитализированных в кардиореанимации стационаров г. Москвы с ОКС. Из них 117 больных имели в анамнезе сахарный диабет 2 типа (СД2). При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 158 больных. Из 117 больных с СД2 в анамнезе у 72 (61,53%) была декомпенсация углеводного обмена, у 45 (38,46%) нормогликемия. Таким образом, на основании суммы из 158 больных с гипергликемией и 45 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным углеводным обменом составило 203 (36%) человека из 585 с ОКС. Распространенность ВВСД вычислена из разницы между 158 больными имевшими при поступлении в стационар гипергликемию и 72 больными с декомпенсацией углеводного обмена, но с указанием в анамнезе на СД2. Таким образом, число больных с ВВСД составило 86 (42,4%) человек из 203 с нарушенным углеводным обменом.

Выводы. Наличие нарушенного углеводного обмена у больных с ОКС в г. Москве составляет 36%. Распространенность впервые выявленного сахарного диабета 2 типа среди больных с нарушенным углеводным обменом при ОКС составила 42,4%.

0297

ХРОНИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ

Какорин С.В., Гудков И.А. ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

Цель: изучить распространенность хронической аневризмы (ХА) левого желудочка (ЛЖ) у больных нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), а так же сроки выявления нарушений УО у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным аневризмой ЛЖ.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 3825 историй болезни пациентов, выписанных из отделений неотложной кардиологии (ОНК) ГКБ№63 и ГКБ №4 г. Москвы за период с января 2010 г. по май 2013 гг. Изучаемые параметры включали ОИМ осложненный аневризмой ЛЖ, ХА ЛЖ, возраст, пол, нормальный и нарушенный УО. Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

Полученные результаты. Из 3825 больных, выписанных из ОНК, хроническая аневризма ЛЖ выявлена у181 больного, из которых 77 (6,76%) имели нарушенный УО и 104 (3,87%) — нормальный УО. Из 77 больных с нарушенным УО количество мужчин (М) составило 33 человека (42,86%), распределившихся по возрасту следующим образом: 35-44 лет — 1 (1,29 %), 45-54 лет — 2 (2,59 %), 55-64 лет — 6 (7,79 %), 65-74 — 11 (14,28 %), 75-89 — 13 (16,88 %). В данной группе количество женщин (Ж) составило 44 (57,14%) человека и распределилось по возрасту: 35-44 лет — 0, 45-54 лет — 1 (1,29 %), 55-64 лет — 3 (3,89 %), 65-74 — 18 (23,37 %), 75-89 — 22 (28,57 %). Из 104 больных с нормальным УО количество М составило 53 (50,96 %) человека, распределившихся по возрасту: 35-44 лет — 3 (2,88 %), 45-54 лет –10 (9,61 %), 55-64 лет — 11 (10,57 %), 65-74 — 9 (8,65 %), 75-89 — 20 (19,23 %). В данной группе количество Ж составило 51 (49,04%) человек, распределившихся по возрасту: 35-44 лет — 0, 45-54 лет — 0, 55-64 лет — 5 (4,80 %), 65-74 — 21 (20,20 %), 75-89 — 25 (24,03 %).

Из 77 больных с нарушенным УО, у которых ОИМ осложнился формированием аневризмы ЛЖ, у 35 (45,45%) нарушения УО предшествовали развитию ОИМ. В группе из оставшихся 42 (54,54%) человек, развитие нарушений УО в период от 1 года до 3 лет произошло у 29 (69,04%) больных, в сроки от 4 до 6 лет развитие нарушений УО наблюдалось у 5 (11,90%) человек, а от 7 до 11 лет- у 8 (19,04%).

Выводы. У больных с нарушенным УО хроническая аневризма ЛЖ встречается чаще (6,76%), чем у больных с нормальным УО (3,87%). У больных с нарушенным и нормальным УО хроническая аневризма ЛЖ преимущественно встречается в возрасте 65-74 лет, особенно 75-89 лет. В сравнении с больными имеющими нарушенный УО и женщинами, у мужчин в группе с нормальным УО, ХА ЛЖ часто встречается и в более молодом возрасте — 35-64 года. Обращает внимание преобладание женского пола в группе с нарушенным УО и более раннее начало формирования ХА ЛЖ на фоне ОИМ, по сравнению с группой с нормальным УО. Интересен факт, что у больных с ОИМ, осложненным развитием аневризмы ЛЖ, через несколько лет выявляются нарушения УО, особенно в сроки от 1 года до 3 лет (69,04%). Однако, для получения статистически достоверных данных необходим анализ большей выборки больных.

0298

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ ВЫЯВЛЯЕМЫМИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Какорин С.В.,[1] Эрлих А.Д.,[2] Тихонова Д.В.[3]

[1]ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

[2]НИИ Физико-химической медицины ФМБА, Москва, Россия

[3]РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., изучить распространенность нарушений ритма и проводимости у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в кардиологические отделения стационаров г. Москвы с ОКС.

Методы исследования. Анализ данных 584 карт больных, включенных в ноябре 2012 г. в A-V блокада II/III ст. была у 11 (1,88%) (М-7, Ж-4) больных ОКС, из них у 7 (1,85%) (М-5, Ж-2) с нормальным УО и 4 (1,93%) (М-2, Ж-2) с нарушенным УО. регистр ОКС г. Москвы. Все больные госпитализированы с ОКС в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы. Изучаемые параметры включали ОКС, нарушения ритма и проводимости, нормальный и нарушенный УО, пол. Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

Полученные результаты. Из 584 больных, госпитализированных в кардиореанимации стационаров г. Москвы с ОКС, нормальный УО был у 378 (64,72%), нарушенный УО — у 206 (35,28%) из 584 человек. Желудочковая тахикардия и фибрилляция (ЖТ/ФЖ) зарегистрированы у 8 (1,37%) (М-5, Ж-3) больных ОКС, из

них у 4 (1,06,%) (М-1, Ж-3) с нормальным УО и 4 (1,94%) (4 М) с нарушенным УО. Из 584 больных ОКС фибрилляция и трепетание предсердий (ФП/ТП) выявлены у 46 (7,88%) (М-22, Ж-25). Нормальный УО был у 19 (5,03%) (М-11, Ж-8) из 378 больных, нарушенный УО у 27 (13,1%) (М-10, Ж-17) из 206. A-V блокада II-III ст. была у 11 (1,88%) (М-7, Ж-4) больных ОКС, из них у 7 (1,85%) (М-5, Ж-2) с нормальным УО и 4 (1,93%) (М-2, Ж-2) с нарушенным УО. Постоянный электрокардиостимулятор (ПЭКС) был у 5 (0,85%) (М-4, Ж-1) пациентов, из них у 4 (М-3,Ж-1) с нормальным УО (1,06%) и 1 (М) с нарушенным УО (0,62%). Блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) выявлена у 30 (5,13%) (М-15, Ж-14, 1- пол не указан), из них у 16 (4,23%) (М-10, 5 Ж-5, 1- пол не указан) с нормальным УО и 14 (6,8%) (М-5, Ж-9) с нарушенным УО. Блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) выявлена у 32 (5,48%) (М-18, Ж-14) больных, из них: 17 (4,5%) (М-12, Ж-5) с нормальным УО и 15 (7,28%) (М-6, Ж-9) с нарушенным УО.

Выводы. У больных с нормальным и нарушенным УО, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации г. Москвы, ЖТ/ФЖ была зарегистрирована у 1,37%, A-V блокада II/III ст. -1,88%, наличие ПЭКС — 0,85% больных без различий между группами. У больных ОКС с нарушенным углеводным обменом ФП/ТП, БЛНПГ, БПНПГ встречаются чаще и составляют 13,1%, 6,8%, 7,28%, по сравнению с больными имеющими нормальный УО — 5,03%, 4,23%, 4,5% соответственно.

0299

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)

Какорин С.В.,[1] Эрлих А.Д.,[2] Тихонова Д.В.[3]

[1]ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия; [2]НИИ Физико-химической медицины ФМБА, Москва, Россия; [3]РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г. провести сравнительный анализ осложнений у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в кардиологические отделения стационаров г. Москвы с ОКС.

Методы исследования. Анализ данных карт 584 больных, включенных в ноябре 2012 г. в регистр ОКС г. Москвы. Все больные госпитализированы с ОКС в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы. Изучаемые параметры включали нормальный и нарушенный УО, пол (мужчины-М, женщины-Ж), возникшие за период госпитализации осложнения ОКС — сердечную недостаточность, отек легких, кардиогенный шок, желудочковую тахикардию и фибрилляцию желудочков (ЖТ/ФЖ). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

Полученные результаты. Из 584 больных, госпитализированных в кардиореанимации стационаров г. Москвы с ОКС, нормальный УО был у 378 (64,72%), нарушенный УО — у 206 (35,28%) человек. Учитывались возникшие за период госпитализации осложнения ОКС. Случаев тромбоэмболии легочной артерии отмечено не было. Из 584 больных ЖТ/ФЖ была у 9 (1,54%) (М-4, Ж-5), из них у 5 (1,33%) (М-2, Ж-3) из 378 больных с нормальным УО и 4 (1,93%) (М-2, 2 Ж-2) из 206 больных с нарушенным УО. Кардиогенный шок зафиксирован у 9 (1,54%) (М-5, Ж-4) больных, из них у 5 (1,33%) (М-3, Ж-2) с нормальным УО и 4 (1,94%) (М-2, Ж-2) с нарушенным УО. Отек был у 28 (4,79%) (М-7, Ж-21) больных, из них у 7 (1,85%) (М-3, Ж-4) из 378 больных с нормальным УО и у 21 (10,19%) (М-4, Ж-17) из 206 больных с нарушенным УО. Сердечная недостаточность, возникшая в период госпитализации, выявлена у 28 (4,79%) (М-12, Ж-16) больных, из них у 9 (2,38%) (М-8, Ж-1) с нормальным УО и 19 (9,22%) (М-4, Ж-15) с нарушенным УО.

Выводы. У больных с нормальным и нарушенным УО, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации г. Москвы, частота развития таких осложнений как кардиогенный шок, желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков не различались, однако для обсуждения этого вопроса необходимо располагать большей выборкой пациентов. У больных с нарушенным УО частота таких осложнений как отек легких и сердечная недостаточность составляет 10,19% и 9,22% и встречается чаще по сравнению с больными имеющими нормальный УО — 4,79% и 2,38% соответственно. Обращает внимание, что сердечная недостаточность и отек легких у больных с нарушенным УО встречались значимо чаще у женщин, по сравнению с больными ОКС имеющих нормальный УО.

0300

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)

Какорин С.В.,[1] Эрлих А.Д.,[2] Субботина М. А.,[3] Мелентьев И.А.[3]

[1]ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия; [2]НИИ Физико-химической медицины ФМБА, Москва, Россия; [3]РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., изучить объем проведенной тромболитической терапии (ТЛТ) у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы.

Методы исследования. Анализировались данные 584 карт больных, включенных в ноябре 2012 г. в регистр ОКС г. Москвы. Все больные госпитализированы с ОКС в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы. Изучаемые параметры включали ОКС, ТЛТ, нормальный и нарушенный УО, возраст, пол (мужчины (М), женщины (Ж)). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

Полученные результаты. Из 584 проведен анализ 575 карт пациентов, госпитализированных в кардиореанимации стационаров г. Москвы с ОКС. 9 карт исключены из исследования ввиду не полного объёма информации изложенного в протоколе обследования. Из 575 больных 117 имели указание на наличие в анамнезе сахарного диабета 2 типа (СД2). При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 161 пациента. 31 пациенту (М-22; Ж-9) выполнена ТЛТ. Гипергликемия выявлена у 14 из 31 больных, из которых СД2 в анамнезе присутствовал у 4-х. Из 117 больных, имеющих в анамнезе СД2, ТЛТ выполнена 4 пациентам: 55-64 года — 2 (Ж), 75-89 лет — 2 (Ж), из них на до госпитальном этапе ТЛТ проведена у 1 (61 год). В группе с нормальным УО ТЛТ проведена у 27 больных: 35-44 года — 5, 45-54 года — 6, 55-64 года — 5, 65-74 года — 5, 75-89 года — 6. Тромболитическая терапия не выполнена у 85 пациентов, из них по причинам поздней госпитализации — 43 человека; наличия противопоказаний — 10 человек; другие причины — 32 человека. Проводя анализ 43 больных с поздней госпитализацией выяснилось, что 30 (М — 19, Ж — 11) человек не имели СД2 в анамнезе, а у 13 человек в анамнезе был СД2 (М — 3, Ж — 10).

Выводы. Таким образом, на основании данных регистра ОКС в г. Москве, тромболитическая терапия выполнена только 31 (26,72%) из 116 больных. У 85 (73,28%) больных были противопоказания, поздняя госпитализация или другие причины. Из 43 больных, которым ТЛТ не выполнена по причине поздней госпитализации, наличие СД2 в анамнезе отмечено у 13 (30,23%) человек. Утверждение, что больные СД2 с острым инфарктом миокарда имеют позднюю госпитализацию на сегодняшний день сомнительно, о чем свидетельствуют полученные данные.

0301

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Калинина С.Г., Васильев В.А.

Уральский институт кардиологии, г. Екатеринбург

Острая сердечная недостаточность является тяжелым осложнением инфаркта миокарда, существенно влияющим на летальность. В последние годы в лечении ОСН все более прочное место занимает левосимендан (симдакс) — негликозидное кардиотоническое лекарственное средство с вазодилятирующими свойствами.

Целью работы было оценить эффективность левосимендана в терапии острой сердечной недостаточности при инфаркте миокарда.

Материалы и методы. В исследование включены 309 пациентов с подтвержденным острым инфарктом миокарда с зубцом Q, течение которого осложнилось острой сердечной недостаточностью II-III ст. по классификации Killip. ОСН подтверждалась клиническими и рентгенологическими данными. В первую группу включены 269 больных, которые получили стандартную терапию ОСН (морфин, диуретики, нитраты, ингаляции кислорода). По полу больные первой группы разделились следующим образом: 117 мужчин (43,5%) и 152 женщины(56,5%). В первой группе 38 больных были в возрасте 41-60 лет (14,2%), в возрасте 61-80 лет-147

больных (54,6%), старше 81 года- 84 больных (31,2%). Больные с ИМ передней локализации в первой группе составили 128 человек (47,7%), 94- с задней локализацией (34,9%), 47 больных имели циркулярное поражение (17,4%). Исследованная при УЗИ фракция выброса была пониженной у 66,5% больных первой группы, у 33,5% больных была нормальной. ОСН II ст. по Killip была диагносцирована у 122больных (45,4%), ОСН III ст. -у 147больных (54,6%). Реперфузионная терапия проведена 56 больным первой группы(20,8%), причем 17 проведено первичное ЧКВ, 39 больным- тромболитическая терапия. Во вторую группу было включено 40 пациентов, получивших наряду со стандартной терапией ОСН, инфузию левосимендана в течение 6-24 часов. Во вторую группу вошли 17 мужчин(42,5%) и 23 женщины(57,5%). Во второй группе 4 больных были в возрасте 41-60 лет(10%), в возрасте 61-80 лет-28больных(70%), старше 81 года-8 больных(10%). Больные с передней локализацией ИМ составили 23 человека (57,5%), 11 больных- с задней локализацией (27,5%), циркулярная локализация диагносцирована у 6 больных(15%).У 60% больных при УЗИ выявлена пониженная фракцией выброса ЛЖ, у 40% она сохранялась нормальной. ОСН II ст. по Killip была у 14 больных второй группы (35%), ОСН III ст. -у 26 больных (65%).Реперфузионнапя терапия проведена 7 больным второй группы (17,5%), причем 3 больным проведено первичное ЧКВ, 4- тромболизис.

Результаты. Исследована госпитальная летальность в двух группах, сравнимых по возрасту, полу, локализации ИМ, проведенной реперфузионной терапии, насосной функции сердца. Летальность в первой группе больных составила 21% (умерло 57 человек). Летальность во второй составила 11% (умерло6 человек).

Выводы. Применение левосимендана при остром инфаркте миокарда, течение которого осложнилось ОСН, дает значительное снижение летальности, по сравнению с применением стандартной терапии. Обращает внимание, что в обеих группах больных фиксируется низкий процент проведения реперфузионной терапии в остром периоде инфаркта миокарда, увеличение проведения реперфузии, наряду с лечением левосименданом, может улучшить результаты терапии ОСН.

0302

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕ Q- ИНФАРКТ МИОКАРДА

Каллаева А.И., Османова А.В., Гаджиева Т.А., Атаева З.Н., Гусейнова Р.К., Газиева П.А., Махмудова Э.Р.

ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала

Цель исследования: изучение особенностей электрических потенциалов миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов, с не Q-инфарктом миокарда (ИМ). Методы исследования: использованная нами в работе методика двухэтапного ЭКГ-картографического обследования больных с различными формами ИБС позволила выявить некоторые существенные особенности электрического потенциала сердца (ЭПС), характерных для пациентов, перенесших не Q-ИМ. Были обследованы 52 пациента, из них 33 стационарных пациента, перенесших не Q-ИМ и 19 пациентов со стабильной стенокардией. Средний возраст 55,2±2,3 года. Всем пациентам проводилось ЭКГ-картографическое обследование электрической активности сердца с помощью методики многополюсного прекардиального ЭКГ-картирования сердца. Рассчитывали изотегральные карты и интегральные карты разности потенциалов за весь период желудочковой деполяризации. Таким образом, электрическая активность сердца у больных, перенесших не Q-ИМ, сопоставлялась с электрической активностью миокарда со стабильной стенокардией. Статистическая обработка материала проводилась с помощью специальных программ ЭВМ. Полученные результаты: у больных, перенесших не Q-ИМ, в отличие от пациентов со стабильной стенокардией, на изоинтегральных картах разности потенциалов выявлялась отчетливая деформация изоэлектрических линий в виде формирования на картах ограниченной зоны с амплитудой потенциалов в 1,5-2 раза меньшей, чем амплитуда окружающих их областей. Локальные зоны ограниченного снижения электрической активности миокарда ЛЖ выявлялись у большинства больных с острым не Q-ИМ. У пациентов со стабильной стенокардией напряжения наблюдается существенное увеличение электрической активности миокарда ЛЖ, обусловленное, вероятно, постепенным развитием гипертрофии желудочка.

Выводы: у пациентов, перенесших не Q-ИМ, длительно сохраняется ограниченная область пониженного потенциала, соответствующее сохранению у части больных ЭхоКГ-признаков гипокинезии пораженных сегментов ЛЖ. Кроме того, наблюдается значительное увеличение электрической активности контрлатеральной стенки желудочка, отражающее прогрессирование гипертрофии инфарктного миокарда, окружающего зону ишемического поражения.

0303

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДИПИРИДАМОЛОВОГО ТЕСТА

Каллаева А.И., Османова А.В., Гаджиева Т.А., Газиева П.А.

ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала

Цель исследования: изучение информативности динамического многополюсного ЭКГ-картирования сердца во время дипиридамолового теста у пациентов, перенесших не Q-инфаркт миокарда (ИМ). Методы исследования: для оценки динамики электрических потенциалов сердца (ЭПС) в процессе дипиридамолового теста мы использовали визуальный анализ интегральных изоинтегральных карт разности положительных потенциалов. Для диагностики преходящей ишемии миокарда, индуцированной введением дипиридамола, учитывали посленагрузочное локальное увеличение амплитуды положительных потенциалов не меньше, чем в 3-х прекардиальных отведениях, относящихся к проекции того или иного сегмента левого желудочка (ЛЖ). Были обследованы 37 пациентов, перенесших не Q-ИМ. И 20 пациентов контрольной группы со стабильной стенокардией напряжения. Полученные результаты: у всех обследованных больных, перенесших не Q-ИМ, во время дипиридамолового теста позволило выявить посленагрузочную ишемию 2-х и более сегментов ЛЖ. При этом на интегральных картах разности потенциалов выраженность локального увеличения амплитуды положительных потенциалов, а также его продолжительность у этих больных, была существенно выше, чем у больных ИБС со стабильной стенокардией.

Полученные выводы:

1. Компьютерный анализ интегральных и изоинтегральных карт разности положительных потенциалов, полученных при многополюсном ЭКГ-картировании сердца, является достаточно надежным способом диагностики очаговых, в том числе интрамуральных изменений миокарда у больных, перенесших ИМ без зубца Q.

2. Использование методики многополюсного ЭКГ-картирования сердца в процессе дипиридамолового теста позволяет в большинстве случаев визуализировать область преходящей ишемии миокарда, индуцированной внутривенным введением препарата. При этом маркером преходящей ишемии миокарда служит локальное посленагрузочное увеличение на картах разности потенциалов амплитуды положительных потенциалов в 3-х и более прекардиальных отведениях, относящихся к проекции того или иного сегмента ЛЖ.

0304

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО РУСЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА?

Калугина О.Ю., Носов В.П.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Нижний Новгород, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре причин сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Цель работы: изучить особенности коронарного русла у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа по данным селективной коронароангиографии (СКГ) и их взаимосвязь с длительностью анамнеза сахарного диабета.

Материалы и методы: были включены 60 больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (основная группа) и 42 пациента ИБС без нарушений углеводного обмена (группа сравнения). В структуре пациентов основной группы (средний возраст — 57,5±1,3 лет) преобладали мужчины (73%) с III ФК стабильной стенокардии (67%), при этом длительность развития ИБС насчитывала, в среднем, 8 лет. Анамнез сахарного диабета 2 типа составлял от 0 до 10 лет, имея среднюю продолжительность около 3 лет. 28(47%) пациентов имели впервые выявленный сахарный диабет 2 типа. 68% больных основной группы не достигали индивидуального целевого уровня HbA1c (HbA1c 8,1±0,45%, $p<0,001$). Всем пациентам была выполнена СКГ с последующим расчетом суммарного индекса стенозов, показателей шкал SintaxScore и EuroScore II.

Полученные результаты: в обеих группах было выявлено достоверное преобладание правого типа коро-

нарного кровотока (67% против (vs) 68%), при меньшей частоте сбалансированного (20% vs 18%) и левого (13% vs 14%). В основной группе значимо преобладало двух- и трехсосудистое поражение коронарных артерий (по 43% и 43% каждое), в то время как в группе сравнения чаще наблюдалось однососудистое поражение (64%). Отмечена большая диффузность атеросклеротического поражения коронарных артерий в основной группе, при достоверном преобладании частоты патологических изменений передней нисходящей артерии в группе сравнения. В основной группе отмечена большая частота поражения средних и незначительно дистальных отделов коронарных артерий (42% vs 36% и 17% vs 16% в группе сравнения соответственно). Окклюзии достоверно чаще встречались в средних отделах в основной группе (46% vs 20% в группе сравнения), при этом окклюзии в проксимальных отделах артерий — наиболее гемодинамически значимых — чаще встречались в группе сравнения. При оценке числа пораженных артерий, суммарного индекса стенозов и показателя SintaxScore были выявлены достоверно более высокие значения у пациентов основной группы со стажем сахарного диабета более 5 лет, в сравнении с впервые выявленным вариантом заболевания (2,75 vs 2,2; 12,7 vs 7,9 и 18,6 vs 14,0 соответственно).

Выводы: коронарное русло у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа характеризуется многососудистым, диффузным поражением с вовлечением дистальных отделов артерий; прогрессирование СД 2 типа сопровождается нарастанием частоты стенозирования коронарных артерий.

0305

ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Калугина О.Ю., Носов В.П.

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: изучить особенности коронарного русла у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа по данным селективной коронароангиографии (СКГ) и их взаимосвязь с факторами сердечно-сосудистого риска. Материалы и методы: основная группа — 60 больных ИБС с сопутствующим СД 2 типа и группа сравнения — 42 больных ИБС без нарушений углеводного обмена. Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, функциональному классу стенокардии напряжения. Возраст больных колебался от 45 до 70 лет, в среднем составляя 57,5±1,3 лет. Длительность развития ИБС была от 2 месяцев до 23 лет, насчитывая в среднем 8 лет. В структуре больных основной группы преобладали мужчины (73%) с III ФК стабильной стенокардии (67%). Анамнез СД 2 типа составил от 0 до 10 лет. У 28(47%) пациентов основной группы диагнозом был впервые выявленный СД 2 типа. У 68% больных основной группы наблюдалось отсутствие достижения индивидуального целевого уровня HbA1c (HbA1c 8,1±0,45%, p<0,001). Избыточная масса тела и ожирение наблюдались у 70 % пациентов основной группы и 62 % в группе сравнения (индекс массы тела составил в среднем 32,6±1,04 кг/м2 vs 28,03±0,7 кг/м2). Не выявлено различий между группами в частоте курения и артериальной гипертензии как факторов сердечно-сосудистого риска (54% vs 45% и 68% vs 77% соответственно). У всех пациентов имела место дислипидемия. Полученные результаты: В обеих группах было выявлено достоверное преобладание правого типа коронарного кровотока (67% против (vs) 68%), при меньшей частоте сбалансированного (20% vs 18%) и левого (13% vs 14%). В основной группе значимо преобладало двух- и трехсосудистое поражение (43% и 43%), в то время как в группе больных без СД чаще наблюдалось однососудистое поражение (64%), при меньшей частоте двух- и трехсосудистого поражения (32% и 4% соответственно). По локализации атеросклеротического поражения коронарных артерий выявлена его большая диффузность в основной группе, при достоверном преобладании частоты патологических изменений передней нисходящей артерии в группе сравнения. В основной группе отмечена большая частота поражения средних и незначительно дистальных отделов коронарных артерий (42% vs 36% и 17% vs 16% в группе сравнения соответственно). По результатам СКГ и проведенных исследований были применены шкалы оценки и стратификации риска. При оценке суммарного индекса стенозов (G.Gensini, 1978) были выявлены достоверно более высокие значения у пациентов основной группы (10,33±1,03 vs 5,52±0,58, p=0,004), что свидетельствует о более выраженным поражении артерий на всем протяжении. А оценка шкал SintaxScore (17,7±1,84 vs 11,35±1,33) и EuroScore II (1,27±0,08 vs 0,83±0,07) показало достоверно больший риск у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа (p<0,001). Выводы: 1. Коронарное русло у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа характеризуется многососудистым, диффузным поражением с вовлечением дистальных отделов артерий; 2. СД 2 типа сопровождается достоверно большей частотой и степенью стенозирования коронарных артерий у больных ИБС; 3. Нарушение углеводного обмена является ведущим фактором сердечно-сосудистого риска у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа.

0306

ВЛИЯНИЕ ТИМИЧЕСКИХ ГОРМОНОВ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ИБС

Каменев В.Ф., Червякова Ю.Б.

Российский научно исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время в развитии атеросклероза важная роль принадлежит соотношению атерогенных и антиатерогенных липопротеидов. Существенная роль в регуляции этих субстра-тов принадлежит макрофагальной системе. Именно макрофаги спосoбны захватовать и перерабатывать липопротеиды, тем самым предупреждая формирование атеросклероти-ческих бляшек. В исследованиях целого ряда авторов доказано, что макр-офаги по мере прогрессирования ИБС теряют способность к поглащению липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

Целью настоящего исследования явилось изучить влияния тимических гормонов на липидный профиль у больных с ХСН, возникшей на фоне ИБС.

Материал и методы Обследовано 44 больных (31 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 49 до 72 лет с ХСН, причиной которой явилась ишемическая болезнь сердца (ИБС). ХСН I функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) была у 14 больных, II ФК — у 16 и III–IV ФК — у 14. Все больные страдали следующими формами ИБС: постинфарктный кардиосклероз с явлениями стенокардии у 13 человек, у 10 — наблюдалась стабильная стенокардия 2 ФК, у 21 — нестабильная стенокардия. Все больные в течение длительного времени получали В-адреноблокаторы, нитраты, салуретики, статины по показаниям коронароактивные и антигипертензивные средства.

В качестве иммуномоделирующего препарата применяли тималин в дозе по 40 мг в\м на протяжении 5 дней.

Липидный профиль в вене оценивали путём определения — общего холестерина по Ильке, содержания холестерина в ЛПВП, ЛПНП и ЛПОНП, а также коэфициента атерогенности, который вычисляли по формуле: (ХС общ. — ХС*ЛПВП) : ХС*ЛПВП.

При статистической обработке результатов использовали критерий Манна-Уитни. У больных липидный профиль определяли до начала иммуномоделируюшей терапии и через 10 дней после её окнчания.

Результаты исследования. Анализ полученных данных свидетельствует, что применение тимических гормонов в указанных дозировкая способствует достоверному снижению уровня холестерина у больных с 1 ФК ХСН на 24% от исходного, при 2 ФК — на 18%, При 3-4 ФК ХСН содержания холестерина уменьшается на 8% достоверно не отличаясь от исходного. После применения тимических гормонов уровень ЛПВП при ХСН с 1ФКповысился на 15% ($p<0,05$), со 2ФК — на 12% ($p<0,05$), с 3-4ФК — на 9% ($p>0,5$) от исходного. Содержание ЛПНП и ЛПОНП снизилось при ХСН 1ФК соответственно на 21% и 17% ($p<0,05$), при 2ФК на 14% и 13% ($p<0,05$), а при 3-4ФК снижение достоверно не отличается от исходного.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования позволяют сделаь вывод, что применение иммуномоделирующей терапии гормонами тимуса по предложенной схеме позволяют сформировать антиатерогенный липидный профиль у больных хронической сердечной недостаточностью, возникшей на фоне ИБС. Однако чем более выражена сердечная недостаточность тем менее эффективна проводимая терапия.

0307

СОСТОЯНИЕ ТУБУЛОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Аликулов И.Т.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования — изучение функционального состояния почек и показателей ферментурии у больных ХСН.

Методы исследования. Обследованы 68 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненной ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. 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) и шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС). 1-ую группу составили 36 больных

со II ФК ХСН и 2-ую группу — 32 больных с III ФК ХСН по классификации NYHA. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр), по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) вычисляли СКФ. Определение ферментов в моче — аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), холинэстеразы (ХЭ) проводилось спектрофотометрическим методом. Для изучения зависимости между количественными переменными применяли корреляционный анализ с вычислением коэффициента линейной корреляции Пирсона или коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Полученные результаты. Результаты исследования показали, что у больных со II ФК ХСН показатель креатинина составил 109,4±8,9 ммоль/л, что на 24,85% выше показателя контрольной группы (P<0,05). Данный показатель у больных с III ФК превышал значения контрольной группы на 40,3%, составляя 125,4±6,8ммол/л (P<0,001). Исходные параметры СКФ составили 76,4±19,12 мл/мин/1,73 м2 у больных со II ФК ХСН и 66,3±12,8 мл/мин/1,73 м2 у больных с III ФК ХСН соответственно. Со II ФК ХСН СКФ<60 мл/мин/1,73м2 выявлялось у 33,3% больных и с III ФК ХСН у 66,7% больных. У больных СКФ≥60 мл/мин/1,73м2 уровень креатинина составил 89,5 ± 9,2 моль/л, тогда как у больных СКФ<60 мл/мин/1,73м2 — 123,9 ± 12,1ммоль/л(P<0,001). У больных со II ФК ХСН также наблюдалось достоверное увеличение уровня ферментов в моче: АЛТ — на 50,9%, АСТ — 39,4%, ЩФ на 82,5%, ХЭ на 38,7% (P<0,05) по сравнению с контрольной группой. У больных с III ФК ХСН показатели ферментурии составили АлТ — 4,68±0,13 ед/л, АсТ — 4,13±0,12 ед/л, ЩФ — 1,72±0,08 ед/л и ХЭ — 90,79 ±3,44 ед/л, что соответственно на 85,0%(P<0,001), 53,5%(P<0,01), 112,8%(P<0,001) и 52,3% (P<0,01) выше по сравнению с показателями здоровых лиц. Анализ полученных данных показал прямую корреляционную зависимость между повышением уровня ферментов в моче и креатинина в крови средней степени (r=0,49), и отрицательную сильную корреляцию (r=-0,71) между скоростью клубочковой фильтрации и уровнем ферментов в моче.

Выводы: у больных с II — III ФК ХСН наблюдается дисфункция почек, характеризующиеся увеличением уровня креатинина, снижением СКФ и усилением ферментурии — которую можно рассматривать в качестве раннего маркера оценки функционального состояния почек, характеризующего о поражении тубулоэпителиального аппарата почек.

0308

ОЦЕНКА ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Камилова У.К., Аликулов И.Т., Пулатов О.Я.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования — оценка прогноза у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) при длительном наблюдении.

Методы исследования. Было обследовано 80 мужчин с первичным Q-волновым ИМ, давностью не более 10 суток, в возрасте от 29 до 60 лет(средний возраст 50,8±8,48). Определение NT-pro BNP в плазме проводилось конкурентным иммуноферментным методом (ELISA) с использованием реактивов фирмы Biomedica (Австрия). Определение альдостерона в плазме проводилось конкурентным иммуноферментным методом (ELISA) с использованием реактивов Diagnostics Biochem Canada Inc. При сравнении групп по качественным признакам использовали критерии χ^2, а также критерий Мак-Нимара или критерий Фишера. Динамика изучаемых показателей, а также конечные точки в зависимости от характера аритмии, исходной ФВ и уровня нейрогуморальных факторов оценивалась через 3 и 6 месяцев наблюдения.

Полученные результаты. Анализ показал, что за 6 месяцев наблюдения отмечено развитие повторных ИМ в 10 случаях, в том числе 3 фатальных и 7 нефатальных, а также 1 внезапная смерть. Анализ зависимости развития повторного ИМ (ПИМ) от различных факторов показал, что ПИМ достоверно чаще развивается при задней локализации первичного ИМ (ч2=15,613; p=0,000), причем статистическая значимость этого распределения сохраняется как в случае фатального (χ^2=24,735; p=0,000), так и нефатального ИМ (χ^2=21,806; p=0,000). Наличие исходно потенциально опасных желудочковых аритмий (ПОЖА) также статистически достоверно оказывает влияние на развитие повторного ИМ: так, в группе с ПОЖА в 13,3% случаев развился ПИМ, причем во всех случаях он завершился летальным исходом, в группе сравнения ПИМ развился в 10,8% случаев (χ^2=50,417; p=0,000) и лишь в 28,6% случаев из них завершился летальным исходом (χ^2=55,385; p=0,000). Оценка влияния исходной ФВ на летальность пациентов с ПОЖА показала, что во всех случаях отмечалось снижение сократимости миокарда менее 50%. Оценка прогностического значения МНУП и Аль через 6 месяцев стандартной терапии больных перенесших ИМ показала, что высокие значения МНУП и Аль

достоверно чаще приводят к развитию повторных ИМ, развитию ПОЖА и ХСН. Повышение уровня МНУП выше 895 фмоль/л сопряжено с риском повторных коронарных событий и летального исхода в течение 6 месяцев наблюдения, причем риск их развития при передней локализации ИМ ассоциируется относительно с более низкими исходными значениями НУП, чем при задней локализации ИМ. При этом высокие значения Аль (более 200 пг/мл), определяющие развитие диастолической дисфункции и «жесткости миокарда», являются прогностически более неблагоприятными предикторами при задней локализации ИМ.

Выводы: У больных перенесших ИМ увеличение уровня нейрогуморальных факторов: МНУП и Аль являются неблагоприятным прогностическим фактором, ассоциирущиеся с нарушением систолической и диастолической функции миокарда ЛЖ и характеризуется высоким риском развития ПОЖА, ХСН и повторных коронарных событий.

0309

АЛГОРИТМ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Канорский С.Г., Шевелев В.И.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Цель — на основе выявления комплекса ультразвуковых предикторов тромбоэмболических осложнений разработать алгоритм дифференцированной медикаментозной профилактики ишемического инсульта у больных в возрасте 65 лет и старше с неклапанной фибрилляцией предсердий.

Методы исследования. Обследовано 710 больных (454 мужчины и 256 женщин) с фибрилляцией предсердий на фоне гипертонической болезни и/или ишемической болезни сердца в возрасте от 65 до 80 лет (средний возраст 70,4±6,5 года). Во всех случаях выполняли электрокардиографию, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, трансторакальную и чреспищеводную эхокардиографию, определяя толщину наиболее крупных бляшек в аорте, их эхоструктуру, контуры, наличие или отсутствие изъязвлений и кровоизлияний, подвижность под влиянием тока крови. В течение 2 лет контролировали антитромботическую терапию 210 пациентов, которым назначали варфарин в дозе, обеспечивавшей международное нормализованное отношение от 2,0 до 3,0 (n=70), дабигатран в дозе 110 мг 2 раза в сутки (n=69) или клопидогрел по 75 мг/сутки (n=71). Оценивали частоту ишемических и геморрагических осложнений, их связь с ультразвуковыми предикторами ишемического инсульта.

Результаты. Независимыми ультразвуковыми предикторами инсульта у обследованных больных с неклапанной фибрилляцией предсердий являлись тромб или эффект спонтанного контрастирования в левом предсердии, нестабильные атеросклеротические бляшки в стенке аорты. Применение варфарина, дабигатрана или клопидогрела сопровождалось сходной частотой развития инсульта и системной эмболии с тенденцией к снижению частоты тромбоэмболических осложнений при назначении антитромбоцитарной терапии (25,5, 21,7 и 8,7% соответственно, $p>0,05$). Назначение дабигатрана у лиц в возрасте 65-74 года снижало риск кровотечений по сравнению с терапией варфарином (27,7 против 4,4%, $p<0,05$). В возрасте 75-80 лет при лечении варфарином или дабигатраном отмечался сопоставимый риск развития кровотечений (26,1 против 8,6%, $p=0,355$) с тенденцией к снижению частоты внутричерепных кровоизлияний при назначении дабигатрана ($p=0,278$). В соответствии с предложенным нами алгоритмом больным с фибрилляцией предсердий, набравшим ≥1 балл по шкале оценки риска инсульта CHA2DS2-VASc, следует провести чреспищеводную эхокардиографию. При наличии или отсутствии тромба/спонтанного контрастирования в левом предсердии в сочетании с отсутствием нестабильных бляшек в дуге аорты следует назначить дабигатран в дозе 110 мг 2 раза в сутки. В случае невозможности применения дабигатрана использовать стандартное лечение варфарином. При наличии или отсутствии тромба/спонтанного контрастирования в левом предсердии, а также выявлении нестабильных бляшек в дуге аорты следует назначить дабигатран в дозе 110 мг 2 раза в сутки или клопидогрел в дозе 75 мг/сутки. В случае невозможности применения дабигатрана или клопидогрела проводить стандартное лечение варфарином.

Выводы. Разработанный на основе результатов клинического исследования алгоритм антитромботической терапии у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий пожилого и старческого возраста обеспечивает эффективную и безопасную профилактику инсульта.

0310

АЛГОРИТМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Канорский С.Г., Трегубов В.Г.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Цель — разработать алгоритм медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности, учитывающий влияние препаратов различных фармакологических классов на регуляторно-адаптивный статус больных.

Методы исследования. В работу включено 300 человек (155 мужчин и 145 женщин) в возрасте от 35 до 72 лет (средний возраст 55,8±21,1 года) с хронической сердечной недостаточностью I/II функциональных классов по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни II стадии и III функционального класса на фоне гипертонической болезни III стадии и/или ишемической болезни сердца. Кроме общеклинического и лабораторного исследования в динамике проводились проба сердечно-дыхательного синхронизма с количественной оценкой регуляторно-адаптивного статуса организма, электрокардиография, эхокардиография, тредмилометрия с контролем показателей газообмена, тест с 6-минутной ходьбой, суточное мониторирование артериального давления и электрокардиограммы, определение уровня N-концевого предшественника мозгового натрийуретического гормона в плазме крови, определение качества жизни. После рандомизации в 1-й группе (диастолическая хроническая сердечная недостаточность I функционального класса) проводилось лечение квинаприлом (n=49) или метопролола сукцинатом (n=51), во 2-й (диастолическая хроническая сердечная недостаточность II функционального класса) — квинаприлом (n=47) или метопролола сукцинатом (n=53) в дополнение к индапамиду ретард, в 3-й (систолическая хроническая сердечная недостаточность III функционального класса) — ивабрадином (n=44) или метопролола сукцинатом (n=56) в дополнение к квинаприлу, торасемиду и спиронолактону.

Результаты. По результатам традиционного обследования сравнивавшиеся методы исследования давали сопоставимые результаты. Однако квинаприл превосходил метопролола сукцинат в способности повышать регуляторно-адаптивный статус при диастолической хронической сердечной недостаточности I/II функциональных классов на фоне гипертонической болезни II стадии. Ивабрадин превосходил метопролола сукцинат в способности повышать регуляторно-адаптивный статус при систолической хронической сердечной недостаточности III функционального класса на фоне гипертонической болезни III стадии и/или ишемической болезни сердца. В соответствии с предложенным нами алгоритмом больным с диастолической хронической сердечной недостаточностью I/II функциональных классов на фоне гипертонической болезни следует назначать терапию ингибитором ангиотензинпревращающего фермента, при необходимости достижения целевого уровня артериального давления — в сочетании с тиазидным диуретиком. Бета-адреноблокаторы могут применяться лишь при проявлениях выраженной симпатикотонии. Стандартная комбинированная терапия систолической хронической сердечной недостаточности III функционального класса может проводиться как с использованием бета-адреноблокатора, так и ивабрадина.

Выводы. Разработанный на основе результатов клинического исследования алгоритм лечения хронической сердечной недостаточности I-III функциональных классов обеспечивает клиническую эффективность в сочетании с оптимальным влиянием на регуляторно-адаптивный статус организма.

0311

ДВОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Капитонова А.В., Добрынина Н.В., Папкова Н.В., Камович В.И.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО ОККД , Рязань, Россия.

Двойная антиагрегантная терапия — это терапия, включающая в себя сочетанный прием аспирина и клопидогреля, ее назначение значительно улучшает прогноз больных с ОКС. Диагноз ОКС является показанием к назначению нагрузочных доз аспирина и клопидогреля, а так же к назначению двойной антиагрегантной терапии в течение года после перенесенного события.

Цель нашей работы: изучить частоту назначения двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) в стационаре

и после выписки из него больным, имеющим показания и не имеющим противопоказания к назначению ДАТ, а так же изучить годовую приверженность больных назначенной терапии и причины отказа от нее.

Материалы и методы: нами изучены истории болезни больных, поступивших в инфарктное отделение кардиодиспансера в 2010-11годах с диагнозом ОКС. Из них 97 женщин и 111 мужчин. Средний возраст 65±7 лет. Выписано с прогрессирующей стенокардией — 67,3% больных, с инфарктом миокарда — 32,7% (крупноочаговый — 10,6%, мелкоочаговый — 22,1%). 8,1% больных провели стентирование коронарных артерий в стационаре. Через год со дня госпитализации произведен опрос больных с целью выяснения приверженности назначенной терапии.

Полученные результаты: В нашем случае нагрузочные дозы аспирина и/или клопидогреля были назначены 10,2 % больных, при наличии противопоказаний только у 3,2% (обострение язвенной болезни желудка, недавно перенесенные операции). Двойную антиагрегантную терапию получали в стационаре 62,1% больных (в том числе все больные с диагнозом инфаркта миокарда и стентированные пациенты). При выписке двойную антиагрегантную терапию назначили только 48% больных (из них 81% — больные с инфарктом и лишь 19%- с прогрессирующей стенокардией). Всем стентированным больным назначена ДАТ. В течение года (в большинстве случаев — в первые 3-6 месяцев) отказались от приема ДАТ 46,5% больных из тех, кому ДАТ рекомендовалась при выписке (96,6% — самостоятельно и 3,4% — по рекомендации врача). Причины отказа:46,2% — дороговизна клопидогреля, 30,8% -обилие противопоказаний и побочных эффектов в инструкции к препаратам, 23% — появление симптомов диспепсии (по данным ФГДС ни у одного больного не обнаружилось язвенно — некротических поражений верхних отделов ЖКТ).

Выводы: в настоящее время имеется факт недостаточного назначения нагрузочных доз антиагрегантов при постановке диагноза ОКС, а так же двойной антиагрегантной терапии в стационаре больным с прогрессирующей стенокардией. Тогда как больным с инфарктом миокарда и после эндопротезирования коронарных артерий ДАТ назначается в полном объеме. Кроме того имеется тенденция к частой самостоятельной отмене препаратов больными, что вероятно связано с низкой информированностью пациентов о преимуществах и безопасности назначенной терапии.

0312

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Капустина М.В., Григорьева Н.Ю., Вилкова О.Е., Королёва Т.В., Кузнецов А.Н.

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, ГКБ № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучить влияние розувастатина (Роксера, KRKA, Словения) на липидный обмен у больных артериальной гипертензией, ассоциированной с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы: в исследование включено 20 больных (5 мужчин, 15 женщин), средний возраст которых составил 58,6±3,7 года, с артериальной гипертензией 1-2 степени, для коррекции которой использовалась традиционная гипотензивная терапия. У всех больных выявлены нарушения липидного обмена. Пациенты имели метаболический синдром и ранее не получали статины. Всем пациентам был назначен розувастатин (Роксера, KRKA, Словения) в дозе 10 мг/сут. Исходно и через 3 недели лечения проводилось определение уровня общего холестерина, триглицеридов, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, АсаТ, АлаТ, КФК общ., креатинина, билирубина.

Результаты: до лечения средний показатель общего холестерина составил 7,57±2,61 ммоль /л, средний показатель ХС ЛПНП 4,96±3,20 ммоль /л, средний показатель ХС ЛПВП 1,82±0,17 ммоль/л, средний показатель триглицеридов — 1,90±0,70 ммоль/л. Через 3 недели лечения средний показатель общего холестерина составил 4,99±3,31 ммоль /л, средний показатель ХС ЛПНП 1,76±0,15 ммоль /л, средний показатель ХС ЛПВП 1,64±0,18 ммоль/л, средний показатель триглицеридов — 1,51±0,81 ммоль/л. Через 3 недели лечения достигли целевых значений липидного спектра 85% больных. Среди побочных явлений выявлено: крапивница — у 1 больного, повышение АсаТ, АлаТ более чем в три раза — у 1 больного. В среднем показатели печеночной функции достоверно не изменились.

Выводы: розувастатин оказывает влияние на липидный обмен уже через 3 недели лечения, причем большинство пациентов достигают целевых значений на дозе 10 мг/сутки. Таким образом, розувастатин может

успешно использоваться в лечении пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

0313

НУЖНО ЛИ МЕНЯТЬ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ЭНДАТЕРЭКТОМИИ?

Кардашевская Л.И., Евтушенко С.К., Симонян В.А., Михайличенко Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, г. Донецк, Украина

Цель исследования: оценить динамику АД у больных с окклюзирующим поражением сонных артерий и артериальной гипертензией (АГ) до и после эндатерэктомии на фоне стандартной антигипертензивной терапии.

Материал и методы исследования: В исследование включены 44 больных (м/ж 28/16, ср. возраст 61,6± 3,8 года) с АГ 1(26) или 2(18) степени в сочетании с односторонней атеросклеротической окклюзией сонных артерий ›60 %. У 41 % в анамнезе транзиторная ишемическая атака (ТИА). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ и АД (СМАД) при помощи Кардиотехники-4000 АД за 2-4 недели до и через 8 недель после операции эндатерэктомии. До и после операции пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию ингибиторами АПФ/сартанами в сочетании с антагонистами кальция (АК)/диуретиками либо тройную комбинацию.

Результаты исследования. Больные в зависимости от результатов СМАД были разделены на дипперов, нон-дипперов, найт-пикеров и овер-дипперов. В группе с АГ 1 ст. преобладали дипперы, поровну было нон-дипперов, найт-пикеров и овер-дипперов, В группе с АГ 2 ст. преобладали нон-дипперы. Отмечена значительная вариабельность систолического АД (САД) у больных до операции, которая у 1/3 обследуемых сопровождалась головокружением. Исходно срСАД составило 153,0±4,3 мм рт. ст., срДАД — 102,2±3,3 мм рт. ст. Снижение ИВ (индекса времени) было недостоверным. Через 8 недель после операции на фоне прежнего режима гипотензивной терапии достигнуто более выраженное снижение уровня срСАД (на 15,8 %) в сравнении со срДАД (11,2 %) ($p<0,05$). У большинства исследуемых нормализовался циркадный ритм АД, число дипперов выросло до 26, нон-дипперов снизилось до 3, однако увеличилось количество овер-дипперов. Снижение ИВ ‹ 25 % было отмечено у 59 % пациентов. Это потребовало пересмотра схемы лечения в сторону снижения дозы препаратов. Достоверно снизился индекс нагрузки давлением, как систолическим, так и диастолическим АД: у б-х с 1 ст. АГ — на 12,8 %, у б-х с АГ 2 ст. — на 14,7 % .

Выводы: После успешного оперативного лечения у больных с окклюзирующим поражением сонных артерий и АГ достигается стабильный гипотензивный эффект с нормализацией циркадного ритма АД на фоне применения прежде неэффективного лечения. Однако у части пациентов во время СМАД зарегистрировано чрезмерное снижение АД, что коррелирует с опасностью ишемического инсульта. Это потребовало коррекции прежней терапии в виде уменьшения дозы препаратов или их комбинаций.

Таким образом, пациенты с окклюзирующим поражением сонных артерий и АГ нуждаются в динамическом наблюдении с обязательным СМАД и коррекцией антигипертензивной терапии после эндатерэктомии.

0314

ОТДАЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АОРТЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Карев В.Е.,[2] Жмайлова С.В.,[1] Вебер В.Р.,[1] Рубанова М.П.,[1] Губская П.М.,[1] Прошина Л.Г.,[1] Румянцев Е.Е.[1]

[1]ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия; [2]ФГБУ НИИ Детских инфекций ФМБА России. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: исследовать изменения толщины субэндотелия и внутренней эластической мембраны аорты при различных вариантах хронического стресса в эксперименте.

Материалы и методы исследования: в I серии — модель хронического адренергического стресса (АС), — 20 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг; во II серии — модель хронического холинергического стресса (ХС), — 20 кры-

сам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг; в III серии — модель хронического смешанного стресса — 20 крысам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводились адреналин 50 мкг/кг и прозерин 20 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов и через 1 месяц после отмены препаратов, под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Контрольную группу составили 20 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессорным воздействиям. На снимках парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилось измерение суммарной толщины субэндотелиального слоя и внутренней эластической мембраны аорты (СЭ-ВЭМ), поскольку на светомикроскопическом уровне граница между субэндотелием и тонкой внутренней эластической мембраной не всегда различима.

Результаты исследования: при введении адреналина через 2 недели значительного изменения толщины СЭ-ВЭМ аорты не наблюдалось. Аналогичные результаты получены и при измерении толщины СЭ-ВЭМ аорты через 1 месяц после хронического АС. Совершенно иные данные получены при хроническом ХС: толщина СЭ-ВЭМ значительно увеличена уже через 2 недели: медиана (М) в серии контроля составила 5,91±1,43 мкм, в серии прозерин 2 недели М=8,68±1,43 мкм (χ^2=15,207, p<0,0001). Через 2 недели одновременного введения адреналина и прозерина толщина СЭ-ВЭМ также была значительно больше (контроль М=5,91±1,43 мкм, III серия М=8,340±2,141 мкм; χ^2=17,286, p<0,00003). Через 1 месяц толщина СЭ-ВЭМ при АС также значительно не отличалась от значений контрольной серии, а при ХС оставалась практически на том же уровне, что и через 2 недели введения прозерина (М=8,07±1,52 мкм) и достоверны выше значений контрольной серии (χ^2=15,207, p<0,0001). При смешанном варианте хронического стресса через месяц после прекращения одновременного введения адреналина и прозерина плотность ВКП уменьшалась (М=6,43±2,43) и достоверно не отличалась от значений контрольной серии (p>0,05). То есть, толщина СЭ-ВЭМ была больше при хроническом ХС и смешанном стрессе. Отек субэндотелия и через месяц после прекращения введения прозерина позволяет говорить о выраженных нарушениях структуры и функции стенки аорты.

0315

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Каримов У.Б., Эрлих А.Д., Мамасалиев Н.С., Турсунов Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования: изучение и выявление особенностей клинико-биохимических и инструментальных параметров у больных острыми коронарными синдромами (ОКС) в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материал и методы. В рамках «РЕГИСТРА-АНДИЖАН» обследованы и мониторированы 612 больных ОКС на момент поступления в стационар. Сбор и обработка данных осуществлялся по программе Российского РЕКОРД-2.

Результаты. На ЭКГ у больных ОКС при поступлении в стационар наиболее часто выявлялись: новый отрицательный зубец Т (98,0%), изменение ЭКГ в других (кроме отв.V1-V3) отведениях (62,4%), депрессии сегмента ST (48,9%), признаки ГЛЖ (38,2%) и «передняя» локализация изменений на ЭКГ в отв. V1-V3 (37,3%). Элевация сегмента ST зафиксирована у 14,7% пациентов, новые патологические зубцы Q — у 13,4% и новая полная блокада левой ножки пучка Гиса — у 0,5%. Средние значения различных биохимических показателей у больных ОКС при поступлении в стационар составили: креатинин — 89,4 мкмоль/л, глюкоза — 5,2 ммоль/л, глюкоза натощак — 4,9 ммоль/л, общий холестерин — 6,1ммоль/л, лейкоциты — 6,1 тыс/мл, гемоглобин — 9,8 г/л, гематокрит — 29,6%, тромбоциты — 180,0 тыс/мл и фракция выброса (ФВ) — 42,0%.

Следует отметить, что при поступлении у 39,2% больных ОКС ФВ была ≤ 40%. Доля больных с промежуточным и высоким риском по шкале GRACE (≥ 1 для ОКСБПST и ≥ 2 для больных ОКСПST) определялась с частотой 53,9%, а доля больных с очень высоким риском смерти в стационаре (≥ 3 баллов) — у 13,4% больных (P<0,001). По шкале РЕКОРД промежуточный и высокий риск смерти (≥ 2 балла) был отмечен у 50,6%, а очень высокий риск смерти (≥ 3 баллов) — у 13,4% больных (P<0,001).

Выводы. По-видимому, очень важно обратить внимание, на высокую долю больных со сниженным уров-

нем гемоглобина в Узбекистане (ключевое отличие от европейских, американских и Российских регистров) и ОКС со сниженной фракцией выброса.

0316

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СКОПЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

Каримов У.Б., Эрлих А.Д., Мамасалиев Н.С., Турсунов Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт, г Андижан, Узбекистан

Цель исследования: изучение региональных особенностей формирования основных факторов риска острых коронарных синдромов (ОКС) в климатических условиях Узбекистана.

Материал и методы. Работа осуществлена в рамке Российского РЕКОРД-2. С использованием эпидемиологических, опросных, биохимических и инструментальных методов обследованы 612 мужчин и женщины в климатогеографическом регионе Ферганской долины Узбекистана.

Результаты. Результаты исследования показали довольно высокую распространенность артериальной гипертензии у больных ОКС (61,3%). Ее распространенность существенно выше у женщин (68,7%), чем у мужчин (57,7%); P<0,05. Гиперхолестеринемия с достоверно высокой частотой выявляется среди мужчин (93,2%), чем у женщин (80,8%); P<0,05. Данный фактор в целом, имеет место у 89,2% больных ОКС. ИБС в семье встречается сравнительно с меньшей частотой у женщин (51,0%), а у мужчин — наследственная предрасположенность выявляется с наибольшей распространенностью (69,1%); P<0,05. В обследованной популяции в возрасте 20-88 лет частота выявляемости фактора ИБС в семье составляет 63,2%. Другие факторы риска также являются региональными особенностями и характеризуются следующими уровнями в распространенности: курение — 47,2% (у мужчин — 69,3%, и у женщин — 1,0%, P<0,001), сахарный диабет — по 22,2% и 19,1% у женщин и мужчин соответственно (P>0,05), избыточная масса тела — 59,8% (у мужчин — 56,5%, и у женщин — 66,9%, P<0,05), злоупотребление алкоголем — 44,9%, (у мужчин 61,7% и у женщин 0,5%, P<0,001), гиподинамия — 58,7% (у женщин — 65,2%, и у мужчин — 55,6%, P<0,05) и психосоциальные факторы риска — 31,8% (у мужчин — 34,5% и у женщин — 25,8%, P<0,05).

Выводы. Из выявленных результатов видно, что в климатических условиях Ферганского региона Узбекистана имеет место высокая распространенность факторов риска и существенная их вариабельность скопления в популяции больных ОКС в зависимости от пола.

0317

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОК С ИБС

Карпова И.С., Соловей С.П., Мацкевич С.А., Барбук О.А., Кошлатая О.В.

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

Целью настоящей работы явилось изучение влияния статинов на минеральную плотность костей (МПК) и состояние костного метаболизма у пациентов с ИБС и постменопаузальным остеопорозом (ОП).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 52 пациентки со стенокардией напряжения ФК II и постменопаузальным ОП, принимавшие терапию бисфосфонатами и аторвастатином (23 человека) — основная группа (ОГ). Контрольная группа (КГ) пациенток сопоставимой тяжести ИБС и ОП принимала бисфосфонаты, но отказалась от приема статинов (29 человек). По поводу ИБС пациенты обеих групп получали также антиишемическую терапию, антиагреганты. Аторвастатин в ОГ назначался под контролем показателей липидного спектра (среднесуточная доза составляла 20 мг). Контрольные исследования проводились через 6 и 12 месяцев лечения.

Контроль эффективности лечения ОП осуществлялся с помощью денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей на аппарате «PRODIGYLUNAR» фирмы General Electric Medical Systems (США). Определялись биохимические показатели костного метаболизма: маркер костеобразования остеокальцин (иммуноферментным методом), сывороточная щелочная фосфатаза (коло-

риметрическим фотометрическим тестом) и маркер костной резорбции — уровень С-концевых теплопептидов (β-КроссЛапс с использованием тест-системы «SerumCrossLapstmOneStepELISA»). Анализ проводился на иммуноферментном анализаторе закрытого типа «Cobase 411» производства «Hitachi High Technologies Corporation» (Япония) с использованием реагентов Roche Diagnostics (Germany). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. В ОГ через год лечения отмечено увеличение МПК во всех поясничных позвонках (на 5,15% — 7,84%). и МПК шеек обоих бедер. Напротив, МПК шейки левого бедра в КГ снизилась на 9,52%, а денситометрические показатели шейки и вертела правого бедра имела тенденцию к снижению. Положительной динамики денситометрических показателей ни в одном поясничном позвонке через год также не наблюдалось. Анализ баланса маркеров костного метаболизма в ОГ уже через 6 месяцев показал замедление резорбции костной ткани, а через год снижение уровня С-концевых теплопептидов.на 18%, остеокальцина –на 33 % и щелочной фосфатазы на 30 %.($p<0,05$). Улучшение профиля маркеров костного метаболизма в контрольной группе происходило только через год лечения бисфосфонатами; произошло снижение концентрации С-концевых теплопептидов.на 15 %, остеокальцина –на 25 % и щелочной фосфатазы всего на 30 %. .Таким образом, при сравнительном анализе динамики изучаемых показателей в группах наблюдения выявлено, что аторвастатин улучшает состояние костной ткани и костного метаболизма.

Заключение. Аторвастатин оказывает положительное влияние на костный метаболизм, начиная с полугода терапии и повышает МПК поясничных позвонков и шеек бедренных костей через год лечения у женщин с ИБС и постменопаузальным ОП.

0318

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Карпова Н.В.

Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить особенности формирования и прогрессирования метаболических нарушений в зависимости от объема висцерального жира (ВЖ) у женщин в возрасте 20-29 лет с наследственной предрасположенностью к метаболическому синдрому(МС) и/или сахарному диабету 2 типа (СД-2).

Методы: обследовано 30 женщин в возрасте 20-29 лет с наследственной предрасположенностью к МС и/или СД-2, имевших повышенные показатели процентного содержания общего жира (ОЖ) в организме. 1-я группа — 16 женщин с нормальным ИМТ (22,4±1,31 кг/м2), средний возраст 24,4±2,6 лет, 2-я группа — 14 женщин с избыточной массой тела (ИМТ 27,3±1,52 кг/м2),средний возраст 24,1±2,17 лет. У женщин 2-йгруппы окружность талии (ОТ) превышала 80 см.Контрольную группу составили12 женщин (ИМТ 21,8±1,72 кг/м2), средний возраст 23,7±2,34 лет без наследственной предрасположенности к МС и/или СД-2 с нормальными показателями процентного содержания ОЖ в организме.Процентное содержание ОЖ в организме изучалось с помощью определителя отложений жира (портативный прибор OMRONBF 306 фирмы OMRON, Япония).Определение количественной оценки объема ВЖ в абдоминальной области осуществлялось при помощи оригинальной установки рентгеновского компьютерного томографа«PhilipsMx 8000Dual» с рабочей станцией «Brilliance» (Голландия).Содержание общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ)определяли на приборе OLYMPUSAU 400. Тест толерантности к глюкозе (ТТГ) выполняли с определением уровня глюкозы в крови натощак и через 2 часа после перорального приема 75 грамм глюкозы.Концентрацию иммунореактивного инсулина (ИРИ) и С-пептида определяли иммуноферментным методом с последующим вычислением индекса HOMA (Homeostasismodelassessment).

Результаты: по результатам компьютерной томографии (КТ) абдоминальной областиу женщин 1-й группы объем ВЖ был выше по сравнению с контролем ($p<0,001$). Во 2-й группе выше не только по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$), но и с 1-й группой ($p<0,01$). Уровни ОХ иХС ЛПНП были повышены, аХС ЛПВП снижен в 1-й и 2-й группах по сравнению с контрольной ($p<0,05$). В отличие от 1-й, во 2-й группе уровень С-пептида, как и ИРИ оказались существенно выше по сравнению с контролем ($p<0,05$). При этом значение индекса HOMA во 2-й группе также было выше в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$).Проведенный ТТГ в 1-й и 2-й группах оказался отрицательным.

Выводы: одним из ранних проявлений метаболических нарушений у женщин молодого возраста с ИМТ в преде-

лах нормы, имеющих наследственную предрасположенность к МС и/или СД-2, является избыточное отложение ВЖ, на фоне чего у 68,8% обследованных выявляется дислипидемия. Установлено, что у женщин с нормальным ИМТ, имеющих наследственную предрасположенность к МС и/или СД-2,объем ВЖ, соответствующий 721,3±65,3см3 и более, можно считать критерием ранней диагностики метаболических нарушений.Установлены корреляционные связи между объемом ВЖ и процентным содержанием ОЖ, показателями липидного спектра крови и инсулинорезистентности у женщин молодого возраста с наследственной предрасположенностью к МС и/или СД-2.

0319

ТУБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Карпова О. Г., Патрикеева Д. А., Григорьева Е. В., Гайдукова И. З., Ребров А. П.

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

Актуальность. Ведущей причиной преждевременной смертности при псориатическом артрите (ПсА) являются сердечно-сосудистые осложнения, связанные с атеросклеротическим поражением сосудов. Нарушения функции почек являются важным независимым фактором риска кардиоваскулярных осложнений.

Цель — выявить взаимосвязи между тубулярной дисфункцией и жесткостью сосудистой стенки у больных ПсА.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 больных ПсА в возрасте от 18 до 60 лет. Для определения жесткости сосудистой стенки использовали метод фотоплетизмографии (аппарат АнгиоСкан, Россия). Определяли индекс отражения RI (процентное отношение высоты отраженной пульсовой волны к высоте прямой волны), индекс жесткости SI (отражение роста в метрах к времени между прямой и отраженными волнами). Для оценки тубулярной дисфункции рассчитывали соотношение гамма-глутамиламинотрансфераза/креатинин (ГГТП\Кр), отношение лактатдегидрогеназа/креатинин (ЛДГ/Кр) утренней порции мочи (ед/ммоль креатинина).

Результаты. Выявлены взаимосвязи между полом и ЛДГ/Кр мочи (r=0,3; p=0,011), ГГТП/Кр мочи (r=0,3; p=0,011); ЛДГ/Кр мочи и уровнем систолического артериального давления (r=0,25; p=0,04), средним уровнем артериального давления (r=0,26; p=0,04); курением и ЛДГ/Кр мочи (r=0,31; p=0,007), ГГТП/Кр мочи (r=-0,77; p=0,11); длительностью курения и ГГТП/Кр мочи (r=-0,76; p=0,02); RI и ГГТП/Кр мочи (r=-0,27; p=0,02), ЛДГ/Кр мочи (r=-0,29; p=0,013); SI и ЛДГ/Кр мочи (r=-0,27; p=0,046).

Выводы. Выявлены взаимосвязи между тубулярной дисфункцией и жесткостью сосудистой стенки, традиционными факторами кардиоваскулярного риска.

0320

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ И ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Карпова О. Г., Оксеньчук А. Н., Григорьева Е. В., Гайдукова И. З., Ребров А. П.

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

Актуальность. Одним из ранних маркеров оксидантного стресса в настоящее время считается гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) сыворотки крови. ГГТП сыворотки крови является ферментом, ответственным за внеклеточный катаболизм антиоксиданта глутатиона, развитие эндотелиальной дисфункции и атеросклероза.

Цель — оценить взаимосвязи между уровнем ГГТП сыворотки крови и факторами кардиоваскулярного риска у больных псориатическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. В исследование были включены 70 больных ПсА в возрасте от 18 до 60 лет. Проводилось определение ГГТП сыворотки крови. Жесткость сосудистой стенки определяли методом осциллографии (артериограф «TensioClinic», Венгрия) и методом фотоплетизмографии (аппарат АнгиоСкан, Россия). С помощью анализа пульсовых кривых определяли следующие параметры: скорость пульсовой волны в аорте (PWVao), индекс аугментации в аорте (AixA), индекс аугментации в плечевой артерии (AixB); индекс отражения RI (процентное отношение высоты отраженной пульсовой волны к высоте прямой волны), индекс жестко-

сти SI (отражение роста в метрах к времени между прямой и отраженными волнами).

Результаты. Выявлены взаимосвязи между уровнем ГГТП сыворотки крови и возрастом (r=0,23; p=0,0048), индексом массы тела (r=0,29; p=0,015), уровнем систолического артериального давления (r=0,264; p=0,004), уровнем среднего артериального давления (r=0,25; p=0,02), индексом SCORE (r=0,31; p=0,008), уровнем общего холестерина (r=0,37; p=0,001), AixB (r=0,27; p=0,0048), AixA (r=0,28; p=0,038), RWVao (r=0,31; p=0,024), SI (r=0,26; p=0,043).

Выводы. Установлены взаимосвязи между уровнем ГГТП сыворотки крови и параметрами жесткости сосудистой стенки и традиционными факторами кардиоваскулярного риска.

0321

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Карпунина Н.С., Туев А.В.

ГБОУ ВПО ПГМА им.ак. Е.А.Вагнера Минздравсоцразвития России, Пермь

Цель — оценить параметры липидограммы и определить их предикторное значение в возникновении различных сердечно-сосудистых заболеваний.

Объем наблюдений составил 282 человека, мужчин — 157 (55,7%). Сформированы группы, сопоставимые по возрасту: I — пациенты со стенокардией напряжения (СН) III функционального класса (ФК) — 32 человека; II группа — 20 человек с заживающим Q-позитивным инфарктом миокарда; III группа — 15 человек с Q-негативным заживающим ИМ; IV группа — 15 человек с нестабильной стенокардией; V группа — 40 человек с персистирующей фибрилляцией предсердий (ПрФП); в VI группу вошло 35 пациентов с клинически значимой ХСН ишемического генеза 3ФК по NYHA; VII-я группа представлена 92 пациентами с гипертонической болезнью II стадии; контрольную группу составили 33 условно здоровых, не имеющих признаков сердечно-сосудистых заболеваний. Кровь для исследования забирали из кубитальной вены в 1-ый день госпитализации. В случае проведения множественных сравнений использовали метод Kruskal-Wallis с поправкой Бонферрони. Различия между группами определяли с использованием U критерия Манна-Уитни, для исследования связи двух признаков вычисляли критерий Спирмена, проводили также мультифакторный регрессионный анализ. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$. Данные представлены в виде $M\pm\sigma$. Полученные результаты. Средний уровень общего холестерина колебался в разных группах от 4,6±0,67 до 6,6±1,53 ммоль/л, достигая максимума в первой группе.

Дислипидемия всегда характеризовалась увеличением атерогенных и снижением антиатерогенных фракций. Абсолютные значения ХС ЛПНП и ЛПОНП нарастали в зависимости от тяжести коронарной патологии, а ХС ЛПВП оставался стабильно низким. Установлена отрицательная корреляция между ХС ЛПВП и спонтанной агрегацией тромбоцитов в первой группе (R=-0,59, p=0,01), прямая связь с АПТВ — во второй (R=0,52, p=0,02). В этой же группе увеличение общего ХС ассоциировалось со снижением ФВ (R=-0,57, p=0,03). У пациентов с Q-негативным ИМ корреляции свидетельствовали об отрицательном влиянии высокого уровня ОХС и ЛПНП на ИММЛЖ. В четвертой группе прослеживалось негативное влияние атерогенных фракций на структурные показатели левых отделов сердца и аорты, усиление коагуляционных свойств крови и реакции нейтрофилов. У пациентов с клинически выраженной ХСН следует отметить взаимосвязь между атерогенными фракциями липидов с уровнем тромбоцитов. У лиц с гипертонией констатировали положительное влияние ХС ЛПВП на уровень ФГ и отрицательное воздействие атерогенных липидных фракций на количество тромбоцитов, показатели коагуляционного звена системы гемостаза. Независимой предикторной ценностью обладал только общий холестерин и только в отношении развития ФП и АГ (beta=0,386, p=0,00 и beta=0,255, p=0,0001 соответственно).

Выводы. Нарушение обмена липидов типично для пациентов с АГ и различными нозологическими вариантами ИБС. Выраженность дисбаланса зависит от формы ИБС. Ни в одной из групп не выявлено целевых цифр атерогенных фракций, в том числе, и у пациентов, принимавших статины.

0322

ОЦЕНКА СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Катамадзе Н.О., Берштейн Л.Л., Гришкин Ю.Н.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель: Сопоставить рекомендации по проведению первичной профилактики, основанные на расчете середечно-сосудистого риска с помощью стандартной шкалы SCORE, с фактическим риском, оцененным с помощью ультразвукового исследования атеросклеротических изменений сонных артерий.

Материалы и методы: В одномоментное кросс-секционное исследование было включено 85 пациентов (38 женщин и 47 мужчин) в возрасте 53±8 лет без верифицированной ишемической болезни сердца (ИБС), имеющих ≥1 традиционных факторов сердечно-сосудистого риска. Для каждого обследованного была определена стратегия профилактических мероприятий на основе расчета уровня суммарного кардиоваскулярного риска по шкале SCORE и значения липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ЕОК) и Европейского общества атеросклероза (ЕОА). Предполагаемая стратегия была сопоставлена с результатами выявления атеросклеротической бляшки (АСБ) — маркера субклинического атеросклероза при ультразвуковом исследовании (УЗИ) экстракраниальных сегментов сонных аретрий. Значения ТКИМ>75го процентиля не использовались в качестве ультразвукового маркера высокого риска в связи с отсутствием референсных значений ТКИМ для российской популяции.

Результаты: Средняя величина уровня ЛПНП составила 3,6±0,9 ммоль/л, уровень расчетного сердечного риска по шкале SCORE — 2,8±2,6%. 38 (45%) пациентов имели низкий суммарный риск, 35 (41%) — средний риск, 10 (12%) — высокий риск и 2 (2%) — очень высокий риск. Согласно рекомендациям ЕОК/ЕОА, в немедленном назначении гиполипидемической терапии нуждались 12 из 85 пациентов. При этом у 11 из них целесообразность назначения статина была подтверждена выявлением АСБ сонных артерий. Назначение лекарств после модификации образа жизни (ОЖ) могло потребоваться еще 35 пациентам, при этом АСБ была выявлена у 15 и не была выявлена у 20 из них.

С другой стороны, из 38 пациентов, согласно тем же рекомендациям не нуждавшимся в назначении статинов даже после модификации ОЖ, у 5 (13%) была выявлена АСБ, указывающая на фактический высокий сердечно-сосудистый риск.

Таким образом, выявление расчетного риска, оправдывающего назначение статина для первичной профилактики, имело чувствительность 84% в отношении наличия АСБ сонных артерий. С другой стороны, расчетный риск, недостаточно высокий для назначения статина, прогнозировал осутствие АСБ со специфичностью 61%.

Заключение: Отсутствие показаний к проведению первичной профилактики, согласно Рекомендациям ЕОК/ЕОА, основанных на использовании шкалы SCORE и уровня ЛПНП в большинстве случаев соответсвует отсутствию АСБ сонных артерий. В то же время, выявление показаний к первичной профилактике с использованием этого подхода также наблюдается в отсутствие АСБ по данным УЗИ сонных артерий почти у 45% пациентов.

0323

ЗНАЧИМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ НЕКОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кашталап В.В.,[1] Коломыцева И.С.,[1] Сергеева Т.Ю.,[2] Шибанова И.А.,[2] Волыкова М.А.,[2] Сапун А.Н.,[1] Барбараш О.Л.

[1]ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН; [2]ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн», г. Кемерово, Россия

Цель:изучить влияние субклинического воспаления на прогрессирование некоронарного атеросклероза у больных инфарктом миокарда (ИМ).Методы исследования. Обследованы 168 мужчин,госпитализированных в 2008 г. с диагнозом ИМ с подъемом сегмента ST в Кузбасский кардиологический центр. Средний возраст обследуемых составил 59,5±6,5 года. Всем пациентам во время госпитализации и через 12 месяцев наблюдения

проводили центральное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА). На 10-14 сутки индексной госпитализации иммуноферментным методом определяли значения факторов субклинического воспаления: С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина (ИЛ)-10 и маркера дисфункции миокарда — N-терминального натрий-уретического пропептида (NT-proBNP).Исходно до 95% пациентов с ИМ характеризовались признаками некоронарного атеросклероза, они были поделены на группы в зависимости от выраженности атеросклероза БЦА: отсутствие признаков атеросклероза; утолщение комплекса интима-медия или стеноз до 30%; стенозы 30-49%; стенозы БЦА более 50%. Через 12 месяцев наблюдения оценивалась степень прогрессирования атеросклероза БЦА.Пациенты были подразделены на 3 группы: отсутствие прогрессирования (сохранение прежней ультразвуковой картины выявлено у 40 (24%) больных), умеренное (переход из одной градации стеноза в другую с более значимым процентом сужения -96 (57%) пациентов)и значимое прогрессирование, когда степень исходного стеноза БЦА увеличивалась через группу — 32 (19%) пациента.Результаты представлены как медиана и доверительный интервал, значимыми считались различия при p ‹0,05.Результаты.В группе со значимым прогрессированиемвозраст пациентов был достоверно больше 63,9(60,7;67,0), чем в группес незначимым прогрессированием — 58,0(56,3;59,8), p=0,003; и без динамики — 57,6(54,9;60,3)лет, p=0,029.Выявлено, что уровень ИЛ-10 на госпитальном этапе в группе пациентов со значимым прогрессированиембылнаименьшими среди других групп значениями (p=0,03).Концентрации NT-proBNPна госпитальном этапебыли достоверно меньше у пациентов группы без динамики атеросклероза — 45,96 (33,58;58,35) фмоль/мл по сравнению с группой со значимым прогрессированием– 67,16 (53,3;81,02) фмоль/мл, (p=0,015). Уровень СРБ на госпитальном этапе у пациентов группы без динамики атеросклеротического поражения БЦА составлял 2,40 (1,06;3,83) мг/л, достоверно ниже, чем в группе значимого прогрессирования — 8,04 (4,48;11,60) мг/л, (p=0,01), и в группес незначимым прогрессированием -5,39 (4,05;6,74) мг/л, (p=0,03).Заключение.Выявлена ассоциация повышенных значений маркеров субклинического воспаления и дисфункции миокарда на госпитальном этапе — СРБ и NT-proBNP со степенью прогрессирования некоронарного атеросклероза после перенесенного ИМ. Низкие значения противовоспалительного ИЛ-10 ассоциируются с максимальным прогрессированием атеросклероза БЦА.

0324

СВЯЗЬ БИОМАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С ОТДАЛЕННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Иванова М.В., Рагино Ю.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт терапии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН), г. Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучение связи уровней воспалительных биомаркеров таких как фактора некроза опухоли (ФНО-альфа), интерлейкинов ИЛ-1-бета, ИЛ-6, ИЛ-8 и высокочувствительного С-реактивного протеина (вчСРП) в крови у мужчин с коронарным атеросклерозом (КА) до операции коронарного шунтирования с отдаленными 5 летними результатами.

Материалы и методы: В исследование были включены 96 мужчин 42-70 лет с коронароангиографически верифицированным коронарным атеросклерозом, без ОКС со стабильной стенокардией напряжения — жителей Западной Сибири, поступивших в Клинику ФГУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздравсоцразвития РФ на операцию коронарного шунтирования (КШ). До операции КШ у всех мужчин однократно утром натощак проводился забор крови из вены для получения сыворотки. В сыворотке крови методом иммуноферментного анализа определяли следующие воспалительные биомаркеры: ФНО-альфа, ИЛ-1-бета, ИЛ-6, ИЛ-8, вчСРП. Всем 96 пациентам с коронарным атеросклерозом и ИБС была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда методом КШ. Отдаленные результаты хирургической реваскуляризации миокарда были изучены через 5 лет после операции КШ.

Статистическую обработку результатов проводили в лицензионной версии программе SPSS for Windows с применением корреляционного, линейного регрессионного, логистической регрессии и One-Way ANOVA анализов с использованием критерия Даннета для множественного сравнения.

Результаты: У мужчин с неблагоприятным течением коронарного атеросклероза в отдаленном периоде исходно отмечены в крови повышенные уровни вчСРП и ФНО-альфа. Так уровень вчСРП оказался в 1,7 раза, а ФНО-альфа в 3 раза выше, чем у лиц с благоприятным течением заболевания. Выявлены ассоциации повышенных уровней в крови вчСРП (p=0,01, отношение шансов, ОШ=1,33) и ИЛ-8 (p=0,02, ОШ=1,02) со случа-

ями смерти в отдаленном периоде, ИЛ-6 (p=0,01, ОШ=1,02) со случаями развития инфаркта миокарда (ИМ), вчСРП (p=0,02, ОШ=1,24) с неблагоприятным течением отдаленного периода в целом (смерть, развитие ИМ, утяжеление функционального класса стенокардии).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о значимой роли повышенной воспалительной активности в развитии осложнений коронарного атеросклероза и прогрессии заболевания после хирургической реваскуляризации миокарда операцией КШ. Повышенный уровень в крови вчСРП является одним из наиболее значимых биомаркеров неблагоприятного прогноза заболевания и риска развития его осложнений, что не опровергает известные данные о важной роли вчСРП в атерогенезе.

0325

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ

Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Стахнёва Е.М.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт терапии» СО РАМН, Новосибирск

Многие патологические процессы, протекающие в организме человека, связаны с процессами окисления. Большая часть этих процессов происходит при участии химически высокоактивных молекул, свободных радикалов, которые представлены в основном активными формами кислорода. Чрезмерная активация свободнорадикальных процессов влечет за собой целый каскад негативных реакций и патологических процессов, лежащих в основе ряда заболеваний, таких как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертония.

Цель исследования. Сравнительная оценка окислительного стресса у пациентов с ишемической болезнью сердца, аневризмой аорты и группой контроля.

Материалы и методы. В исследование были включены мужчины 40-50 лет с кальцинозом коронарных артерий или аорты по данным предварительного исследования (коронарография), поступившие на оперативное лечение в Клинику ФГУ ННИИ патологии кровообращения Минздравсоцразвития РФ. Для исследования были отобраны пациенты с ишемической болезнью сердца и аневризмой аорты. Кровь у пациентов забирали из локтевой вены утром натощак. В контрольную группу были включены мужчины, проходившие обследование в клинике НИИ терапии СО РАМН, без ИБС, согласно данным клинико-функциональных исследований. В сыворотке крови определяли степень окислительного повреждения свободными радикалами с помощью теста FORT (Callegari, Италия), разработанного для наиболее полной и быстрой оценки окислительного стресса.

Результаты. Было проведено исследование степени окислительного повреждения свободными радикалами в трёх группах: 1) контрольной, 2) ИБС и 3) с аневризмой аорты. У пациентов контрольной группы уровень степени окислительного повреждения оказался ниже, чем в группах с ИБС и аневризмой и составил 1,64±0,29 ммоль/л. В группах с ИБС и аневризмой наблюдается окислительный стресс, так как уровень свободных радикалов оказался значительно выше — 2,87±0,16 и 2,96±0,43 ммоль/л соответственно. Разница с контролем составила 75% ($p<0,001$) и 80% ($p<0,05$) соответственно. Достоверной разницы между группами пациентов с ИБС и аневризмой аорты выявлено не было ($p>0,05$).

Вывод. Таким образом, результаты исследования показывают, что степень окислительного повреждения значительно повышается в группах пациентов с ИБС и аневризмой аорты.

0326

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОТНОШЕНИЯ К ПРЕВЕНТИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Каюмова М.М., Гафаров В.В.

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

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ

«НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось установление взаимосвязи распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и отношения к превентивным мероприятиям в открытой мужской популяции 25-64 лет.

Кросс-секционное эпидемиологическое исследование проводилось на репрезентативной выборке, сформированной из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени — мужчины 25-64 лет в количестве 1000 человек. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Отношение к превентивным мероприятиям в мужской популяции было изучено на основании анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью».

У мужчин 25-64 лет г. Тюмени распространенность ИБС составила 12,4%, ОИБС — 6,6%, ВИБС — 5,7%. Лица с ОИБС наиболее часто (46,5%) допускали большую вероятность того, чтобы здоровый человек в их возрасте мог заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет, $p<0,05$. Кроме того, ответ «возможно» достоверно чаще встречался в группе мужчин с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям (53,1%, $p<0,05$) по отношению к группе без ИБС. В то же время, лица с ВИБС в три раза чаще (6,8%), чем без ИБС (2,4%), считали эту возможность невероятной, $p<0,05$. Что касается эффективности превентивных мер, чтобы избежать развития серьезных заболеваний, существенные различия по этому вопросу в группах с ВИБС и с ИБС по расширенным критериям сравнительно с группой «без ИБС» отмечались только в отношении ответа «да, безусловно, может». Так, в категории лиц с ВИБС ответ «да, безусловно, может» имел место в 55,9% случаев, в категории ИБС по расширенным критериям — в 62,3% случаев, а в категории «без ИБС» — в 66,3% случаев, $p<0,05$.

Следовательно, мужчины 25-64 лет с ВИБС и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям чаще допускают возможность эффективности превентивных мер и реже — возможность развития серьезного заболевания у здоровых.

0327

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Килесса В.В.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Украина.

В 1986 г. крымские профессора В.Ф. Кубышкин и С.С. Солдатченко описали новый клинический вариант симптоматической артериальной гипертензии — пульмогенную артериальную гипертензию. Как следует из их публикации, пульмогенная артериальная гипертензия, в отличии от эссенциальной гипертензии, резистентна к лечению. Многим специалистам в то время были не понятны патогенетические связи между бронхообструктивной патологией и системной артериальной гипертензией, т. к. известно, что лёгкие непосредственно не являются органом, участвующим в системе ренин-ангиотензин (Анг)-альдостерон, хотя было известно другое — трансформация АнгI в АнгII происходит в микроциркуляторном русле лёгких. Объяснением причины пульмогенной артериальной гипертензии явилось обнаружение продукта секреции тучных клеток — химазы в лёгких, аорте, коронарных артериях, миокарде, мозговом веществе почек (UrataH. etal., 1994; Takai S. etal., 1997; Marone G. etal., 1997). Химаза является АнгII образующим ферментом, резистентным к ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента. Кроме этого, химаза является ингибитором липазы.

При лечении пульмогенной артериальной гипертензии патогенетически оправдана и клинически эффективна комбинация ингаляционного глюкокортикостероида (будесонид или флютиказонпропионат или беклометазондипропионат) с блокатором рецепторов АТ-II (телмисартан, кандесартан и др.) Дополнительное ингаляционное применение тиотропия бромида, ингибирующего ацетилхолиновую стимуляцию тучных клеток, усиливает клинический эффект.

0328

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У БОЛЬНЫХ С АССОЦИИРОВАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Китаева Е.А., Хлынова О.В., Туев А.В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Цель работы: изучить особенности суточного ритма артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ).

Материалы и методы: Обследовано 44 пациента в возрасте от 19 до 57 лет с сочетанным течением АГ и КЗЗ (средний возраст 35,37 ± 10,34 лег, средний ИМТ — 29,16±4,83кг/м2). Группу сравнения составили 25 пациентов с изолированно протекающей АГ, сопоставимых с основной группой. Для верификации диагноза КЗЗ выполнялась эзофагогастродуоденоскопия. Мониторирование АД проводилось с использованием системы «Кардиотехника 004 — АД1», Инкарт, Санкт-Петербург. Статистическая обработка полученных данных выполнена с использование программы STATISTICA 6.0. Нулевая гипотеза отвергалась при значении уровня статистической значимости $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. При проведении сравнительного анализа показателей, характеризующих суточный ритм АД, у пациентов с изолированно протекающей АГ и пациентов с сочетанной патологией получена статистически значимая разница в величине скорости утреннего подъема (УП) систолического АД (САД), которая была большей в группе пациентов АГ + КЗЗ (31,16 ± 33,92 мм рт. ст./час против 17,95±15,66 мм рт ст./час, $p = 0,005$). Показатели скорости УП диастолического АД (ДАД) также были достоверно выше в группе сочетанного течения АГ и КЗЗ (24,92 ± 25,19 мм рт.ст. против 13,12 ± 9,88 мм рт.ст., $p =0,048$). Установлено, что у пациентов с изолированной АГ в структуре суточного ритма АД преобладал нормальный вариант — «'Dippers» (44%), в то время как у пациентов с коморбидным течением АГ и КЗЗ это значение составило 59%. Число лип с типом «OverDippers» наблюдалось в 27% (АГ + КЗЗ) и 16% (при изолированной АГ) для САД, а для ДАД — 61% против 24% ($p = 0,002$). При этом в группе с синтропией наблюдалось отсутствие суточного профиля типа «Nightpeakers» для САД и достоверное увеличение суточного профиля «OverDippers» для ДАД (61 % против 24%, $p=0,002$).

Выводы. Результаты исследования показали, при сочетании АГ и КЗЗ происходит изменение структуры циркадного ритма АД. Пациенты с коморбидным течением заболеваний характеризуются достоверным увеличением суточного профиля «OverDippers» для ДАД ($p = 0,002$), а также статистически значимым повышение скорости УП САД и ДАД. Ввиду имеющегося чрезмерного ночного снижения АД, а также значимого повышения скорости УП САД и ДАД ассоциация АГ с КЗЗ оказывается неблагоприятной в прогностическом плане. Таким образом, ведение данной категории пациентов требует более тщательного подбора антигипертензивных препаратов, обеспечивающих плавное продолжительное снижение как САД, так и ДАД в течение 24 ч, включая ранние утренние часы.

0329

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR-γ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ САРТАНОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Н.Н. Клименко,[1] Ю.Н. Шапошникова,[1] Н.И. Клименко,[1] В.Н. Плиговка[2]

[1]Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

[2]ГУ: «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»

Целью данной работы являлось повышение эффективности лечения артериальной гипертензии у больных с ожирением с сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа на основе изучения концентрации адипонектина и лептина в зависимости от полиморфизма гена PPAR-γ.

Материалы и методы: Было обследовано 104 больных с наличием ГБ и ожирения, средний возраст которых составил 58,8 ± 8,8 года. Среди обследованных были 46 мужчин (44,3%) и 58 женщин (55,7%). У 46

больных диагностирован СД 2 типа (44,3%). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой.

Результаты и обсуждения: Установлено, что у обследованных пациентов ассоциация Pro/Pro генотипа сочетается с более высокими уровнями глюкозы (в 1,25 раза, p ‹ 0,05) и инсулина (1,28 p ‹ 0,05 натощак), повышением HbA1c и индекса HOMA (в 1,2 и 1,5 раза соответственно p ‹ 0,05), в сравнении с пациентами с генотипом X/Ala, что свидетельствует о выраженных изменениях углеводного обмена, и способствует прогрессированию СД 2 типа. ГБ в сочетании с ожирением и СД 2 типа характеризуется наличием адипокинового дисбаланса, проявляющееся повышением содержания в крови лептина и снижением — адипонектина (соответственно r = 0,47, p ‹ 0,05 и r = 0,36, p ‹ 0,05), при этом на данные взаимосвязи значительное влияние оказывает пол и масса тела пациента. Максимальное снижение уровня адипонектина и повышение лептина обнаружены у больных с СД 2 типа и ГБ II ст. Уровень адипонектина имел гендерную зависимость и был выше у женщин чем у мужчин (p ‹0.001). Уровень адипонектина существенно уменьшался с увеличением окружности талии (r = — 0,2, p = 0,03), что свидетельствует о связи гипоадипокинемии с висцеральным ожирением. Гипоадипонектинемия была связана с ростом инсулинорезистентности и прогрессированием атерогенных изменений липидного спектра крови, что подтверждалось отрицательной обратной связью между уровнем адипонектина и HbA1c и HOMA индексом (r = — 0,44, p ‹0,05 и r = — 0, 38, p ‹0,05 соответственно), а также между низким уровнем адипонектина и высоким уровнем С-реактивного белка и общего холестерина (r = -0,75, p ‹0,05 и r = -0,47, p‹ 0,05, соответственно).

Лечение терапевтическими дозами телмисартана по сравнению с кандесартаном, достоверно снижало уровень глюкозы в плазме крови, повышало концентрацию адипонектина, причем данные эффекты были более выраженными у пациентов с наличием частичного Pro12 Ala полиморфизма, чем у гомозигот Pro12Pro. Для гомозигот с генотипом Pro12Pro рекомендовано назначать телмисартан в дозе 80 мг / сутки, а при наличии СД 2 типа возникает необходимость применять телмисартан 80 мг / сутки в комбинации с амлодипином (5-10) мг / сутки или другими гипотензивными препаратами.

0330

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОКС

Князюк О.О.

Клинический курорт «Ангара», г. Иркутск

Эксфорж является комбинацией двух антигипертензивных компонентов с дополняющим друг друга механизмом контроля артериального давления (АД). Амлодипин, входящий в состав Эксфоржа, ингибирует трансмембранное поступление ионов кальция в кардиомиоциты и гладкомышечные клетки сосудистой стенки. Наряду с выраженным гипотензивным действием, амлодипин обладает сосудорасширяющими свойствами.

Многими клиническими рандомизированными исследованиями (Prevent, Camelot, Allhat, Ascot) доказана клиническая эффективность амлодипина у пациентов с хронической стенокардией, вазоспастической стенокардией и ангиографически подтвержденным поражением коронарных артерий.

Вальсартан — активный и специфический антагонист рецепторов агиотензина 11, обладающий выраженным кардио-, нефро-, церебропротективными свойствами, а также метаболическими эффектами.. Доказано кардиопротективное действие вальсартана у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесенным инфарктом миокарда.. В исследованиях VALUE, Val-HeFT продемонстрирована способность вальсартана уменьшать риск развития новых случаев фибрилляции предсердий у больных АГ и ХСН.

Учитывая вышеприведенные свойства компонентов препарата, нами было проведено исследование влияния Эксфорж у больных с АГ и острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом ST, перенесших чрезкожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Группа больных (18 чел) состояла из 11 мужчин и 7 женщин, поступивших на этап санаторной реабилитации на 12.6 сутки после острого инфаркта миокарда (ОИМ) и ЧКВ. За время пребывания в отделении кардиологической реабилитации (21 день) курорта «Ангара» всем больным проведены лабораторные исследования крови, липидного спектра, протромбина. Функциональные исследования: ЭКГ, Холтеровкое мониторирование ЭКГ(ХМ ЭКГ) –дважды при поступлении и при выписке, Эхо-кардиография. По данным коронароангиографии (КАГ), проведенной в стационаре ОКБ, однососудистое поражение коронарного русла было у 1

пациента. Двухсосудистое поражение — у 4, и множественное поражение коронарных сосудов наблюдалось в 12 случаях, причем отмечалось поражение мелких ветвей. Ранняя постинфарктная стенокардия 1-2 Ф.К. регистрировалась у 4 пациентов с множественными стенозами коронарных артерий. Как известно, в патогенезе постинфарктной стенокардии особую роль играет элемент вазоспазма, который был зарегистрирован при Холтеровском исследовании ЭКГ у 5 пациентов страдающих постинфарктной стенокардией. Всем, находящимся под наблюдением больным был назначен Эксфорж в соответствующих уровню АГ дозах. При этом у пациентов был достигнут целевой уровень АД в течение 3 суток. Пациентам с ранней постинфарктной стенокардией и множественным поражением коронарного русла был назначен препарат в дозе 10/160мг.

При повторном проведении ХМ ЭКГ у больных с исходными ишемическими проявлениями — не было зафиксировано эпизодов ишемии миокарда.

Применение комбинации валсартана и амлодипина в препарате Эксфорж, оправдано не только для достижения целевого уровня АД у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией (АГ и ИБС), но и для успешного лечения стенокардии, в том числе вазоспастической, что в целом направлено на предупреждение сосудистых катастроф и внезапной смерти.

0331

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ЛАЦИДИПИНА И КАНДЕСАРТАНА НА УРОВЕНЬ 8-ИЗОПРОСТАНА И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Ковалева О.Н., Герасимчук Н.Н, Сафаргалина-Корнилова Н.А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра пропедевтики внутренней медицины № 1, основ биоэтики и биобезопасности Харьков, Украина

Цель работы. Оценка активности оксидативных процессов у больных гипертонической болезнью (ГБ) с избыточной массой тела и ожирением на фоне терапии лацидипином (лаципил 2; 4 мг) в сочетании с кандесартаном. (кандесар 4; 8; 16 мг).

Методы исследования. Состояние антиоксидантной системы оценивали по активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в сыворотке крови, которые определяли биохимическим методом (n=100). Содержание в сыворотке крови 8-изопростана, как главного маркера оксидативного стресса определяли иммуноферментным методом при помощи набора «8-isoprostane ELISA» фирмы «USBiological» (США) (n=34). Полученные данные выражались в мккатал/л и пг/мл соответственно.

Все пациенты были обследованы до лечения (на момент поступления в стационар) и за период лечения в стационаре (в среднем 14 суток).

В условиях стационара были обследованы пациенты ГБ 1-3 степенью в сочетании с избыточным уровнем массы тела и ожирением в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст — 55,3+1,33) года, которым ранее не проводили регулярную антигипертензивную терапию. Группу контроля составили 16 и 10 практически здоровых лиц соответственно, по полу и возрасту сопоставимых с больными основной группы.

Полученные результаты. Активность СОД (0,46±0,14) у данной категории обследуемых достоверно снижена по сравнению с группой контроля (0,54±0,05 где $p<0,05$). Активность же каталазы (3,38±1,54) не отличалась от группы контроля (3,38±0,39). В данном исследовании было отмечено достоверное повышение уровня 8-изопростана в сыворотке крови пациентов (17,15±3,12) в сравнении с группой контроля (1,41±0,81 где $p<0,05$) в 12,16 раз.

Анализ полученных результатов показал, что за период лечения пациентов лацидипином в сочетании с кандесартаном повышается активность в сыворотке крови СОД (n=30) на 27,5% (0,532±0,15 в сравнении с уровнем до лечения 0,417±0,11) и каталазы (n=30) на 27,1% (4,45±1,38 в сравнении с уровнем до лечения 3,5±1,7), где $p<0,05$.

Уровень же 8-изопростана в сыворотке крови уже через 14 дней от начала терапии на фоне лацидипина и кандесартана (n=14) уменьшается на 25% (9,51±7,42 в сравнении с уровнем до лечения 12,67±9,63), где $p<0,05$.

Выводы:

1. У больных ГБ с избыточной массой тела и ожирением снижается активность антиоксидантной системы

и происходит усугубление оксидативного стресса.

2. Лечение лацидипином в сочетании с кандесартаном сопровождается снижением напряженности оксидативного стресса, что проявляется повышением активности СОД и каталазы и снижением уровня 8-изопростана.

0332

ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ

Ковалев Д.В., Скибицкий В.В., Курзанов А.Н., Пономарева А.И.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар

Пациенты с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) представляют собой неоднородную в прогностическом отношении группу, из которой происходит пополнение рядов больных артериальной гипертонией (АГ). Поэтому важным в практическом отношении является выявление комплекса признаков, по которым можно было бы прогнозировать, разовьется ли у данного пациента с ВНАД в дальнейшем АГ.

Целью настоящей работы явилось выяснение, возможно ли желудочковую экстрасистолию (ЖЭС) использовать в качестве признака, предсказывающего развитие АГ у лиц с ВНАД в ближайшие 5 лет.

Материал и методы. Данная работа является фрагментом продольного проспективного обсервационного исследования спонтанной трансформации ВНАД в АГ. В исследование были включены 122 человека (43,8±4,7 лет, 60 женщин) с ВНАД, не получавшие какого-либо медикаментозного лечения. Исходно и спустя 5 лет от начала наблюдения каждому пациенту был проведен комплекс исследований, включавший холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ). Из исследования по разным причинам выбыло 22 человека, поэтому в статистический анализ было включено 100 человек (43,1±4,6 лет, 52 женщины).

Результаты. Через 5 лет наблюдения у 80 пациентов была констатирована АГ, у 20 — уровень артериального давления по-прежнему соответствовал высокому нормальному. Таким образом, включенные в исследование ретроспективно были разделены на две группы: I (n=80, с развившейся АГ) и II (n=20, с неразвившейся АГ). По результатам исходного ХМ ЭКГ, у всех исследованных в том или ином количестве была зарегистрирована ЖЭС. Так в I группе у 22 человек было зарегистрировано менее 100 желудочковых экстрасистол в сутки, у 10 человек — от 100 до 999, у 29 — от 1000 до 2999, у 9 — от 3000 до 4999, у 7 — от 5000 до 9999 и у 3 человек — 10000 и более. Во II группе соответствующее количество ЖЭС регистрировалось у 12, 3, 2, 1, 1 и 1 человека. При анализе ROC-кривой было выяснено, что для прогнозирования трансформации ВНАД в АГ может использоваться признак “желудочковая эктопическая активность с количеством ЖЭС ≥ 1000 за сутки”, для которого получено минимальное значение точного критерия Фишера (0,0061), максимальные прогностическая ценность и отношение правдоподобия положительного результата. Чувствительность и специфичность данного признака составили 60 и 75% соответственно.

Заключение. У лиц с ВНАД и количеством ЖЭС ≥ 1000 за сутки (по данным ХМ ЭКГ) развитие АГ в течение 5 лет наблюдается достоверно чаще, чем у аналогичных пациентов с отсутствием данного признака.

0333

ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТРАНСФОРМАЦИИ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ

Ковалев Д.В., Скибицкий В.В., Курзанов А.Н., Пономарева А.И.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар

В последнее десятилетие показатели турбулентности сердечного ритма (ТСР) как оригинальный метод неинвазивной оценки состояния барорефлекторной чувствительности достаточно активно используются в изучении различных аспектов кардиологии. Нами была предпринята попытка использования показателей ТСР для прогнозирования возможности трансформации высокого нормального артериального давления (ВНАД) в артериальную гипертонию (АГ).

Целью настоящей работы явилось выяснение, могут ли такие показатели ТСР как начало (ТО) и наклон (TS) турбулентности по отдельности и в различных логических комбинациях служить предикторами развития АГ у лиц с ВНАД в ближайшие 5 лет.

Материал и методы. Данная работа является фрагментом продольного проспективного обсервационного исследования спонтанной трансформации ВНАД в АГ. В исследование были включены 122 человека (43,8±4,7 лет, 60 женщин) с ВНАД, не получавшие какого-либо медикаментозного лечения. Исходно и спустя 5 лет от начала наблюдения каждому пациенту был проведен комплекс исследований, включавший холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ХМ ЭКГ) при помощи системы МЭКГ-НС-02 ("ДМС Передовые Технологии", Москва). Из исследования по разным причинам выбыло 22 человека, поэтому в статистический анализ было включено 100 человек (43,1±4,6 лет, 52 женщины). Поскольку у всех пациентов в том или ином количестве регистрировались желудочковые экстрасистолы (ЖЭС), у них оказалось возможным исследовать ТСР: учитывали рассчитанные системой ХМ ЭКГ средние показатели ТО и TS. За патологические принимали значения ТО › 0% и TS ‹ 2,5 мс/RR.

Результаты. Через 5 лет наблюдения у 80 пациентов была констатирована АГ, у 20 — уровень артериального давления по-прежнему соответствовал высокому нормальному. Таким образом, включенные в исследование ретроспективно были разделены на две группы: I (n=80, с развившейся АГ) и II (n=20, с неразвившейся АГ). По результатам исходного ХМ ЭКГ для каждого пациента были получены средние значения ТО и TS. Для выяснения прогностического значения каждого признака в отдельности, а также в или- и и-комбинациях определяли количество пациентов, у которых патологическое значение имел один из показателей, хотя бы один и оба показателя соответственно. Оказалось, что как по каждому параметру в отдельности, так и по их или- и и-комбинациям доля пациентов с наличием признака в группе I была достоверно выше, чем в группе II. Следовательно, все рассмотренные критерии могут выступать в роли искомых предикторов. Прогностическая сила ТО и TS сравнима, но наибольшую прогностическую ценность имеет и-комбинация данных параметров: специфичность данной комбинации достигает 95% (правда, в ущерб невысокой чувствительности). Преимущество использования данного признака для прогнозирования подтверждается самыми высокими для изучаемых параметров ТСР прогностической ценностью (0,958) и отношением правдоподобия (5,75) положительного результата. Или-комбинация ТО и TS, напротив, имеет минимальную прогностическую силу.

Заключение. Такие показатели ТСР как ТО и TS могут выступать в роли предикторов трансформации ВНАД в АГ в ближайшие 5 лет после исследования: если хотя бы один (а тем более оба) показатель у пациента выходит за пределы нормы, можно говорить о достоверном повышении вероятности развития АГ по сравнению с пациентами с нормальными значениями данных показателей.

0334

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКЗОГЕННОГО ФОСФОКРЕТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РЕЦИДИВОМ КОРОНАРНОЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Ковалев С. А., Белов В. Н., Красюкова Е. А., Минакова Н.Э., Виноградская В. В., Щербатых К.С., Федорищев И. Н., Белова Е. А., Ажми И.

БУЗ ВО ВОКБ № 1, БУЗ ВО ВОДКБ № 1, МУЗ ГКБ № 2, ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ, Воронеж

Цель исследования: изучить эффективность экзогенного фосфокреатинина при лечении медикаментозно резистентной стенокардии напряжения и хронической сердечной недостаточности после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.

Методы исследования: в исследование было включено 32 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) с медикаментозно резистентной стенокардией (Ст.) напряжения и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), которым за 6-15 лет (в среднем 8±2 года) до манифестации симптомов ИБС и ХСН было выполнено коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК). Средний возраст включенных в исследование пациентов составил 63,4±7 года. Все пациенты на момент манифестации симптомов ИБС получали 2 и более антиангинальных препаратов. 24 (75%) больных для коррекции ХСН принимали петлевые диуретики. На фоне приема оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) ИБС и ХСН все пациенты, включенные в исследование, имели коронарную недостаточность III-IV функционального класса (ФК) по классификации канадского общества кардиологов и III-IV ФК ХСН по NIHA. Для коррекции Ст. и ХСН дополнительно к ОМТ внутривенно назначался экзогенный фосфокреатин (Неотон) суточной дозе 2-6 грамм (в среднем

3,±0,5 грамм) на 7-18 дней (в среднем 12±2 дня). Пациентам проводилось от 2 до 6 курсов (в среднем 3±0,4) с интервалом 2-6 месяцев (в среднем 4±0,6 месяца). Эффективность лечения оценивалась с помощью определения ФК Ст. и ХСН до и после терапии.

Результаты: при анализе полученных результатов повышение ФК Ст./ ХСН выявлено у 16 (50%)/ 17 (53%) пациентов, включенных в исследование. У 30% больных повышение переносимости физической нагрузке наблюдалось после 1 курса терапии, у 70% пациентов — после 2-4 курса лечения Неотоном. На фоне лечения Неотоном в целом по группе отмечалось достоверное повышение ФК Ст. с 3,5±0,5 до 2,9±0,7 ($p<0,001$) и ФК ХСН с 3,4±0,3до 2,7±0,6 ($p<0,001$). Побочные эффекты наблюдались у 3 (9%) пациентов и проявлялись в виде развитие умеренной гипотонии, которая купировалась снижение скорости инфузии препарата.

Выводы:1) курсовое лечение экзогенным фософокреатином (Неотон) больных с рецидивом Ст. и ХСН после проведенного КШ в условиях ИК позволяет более чем у 50% пациентов уменьшить коронарную и сердечную недостаточность и повысит толерантность к физическим нагрузкам; 2) рекомендуется включение данного препарата в комплексную терапию ИБС и ХСН при невозможности повторной реваскуляризации миокарда.

0335

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ковалев С. А., Белов В. Н., Кузнецов А. И., Шаталов С.Ю., Иваненков А. В., Белова Е. А., Ажми И.

БУЗ ВО ВОКБ № 1, БУЗ ВО ВОДКБ № 1, ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ, Воронеж

Цель исследования: изучить динамику качества жизни и социального статуса после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.

Методы исследования: обследовано 162 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) (средний возраст 58,4±7 лет), которым было проведено коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК). У 140 (86%) больных до проведения КШ была диагностирована стабильная стенокардия, у 22 (14%) пациентов — нестабильная стенокардия/ инфаркта миокарда. У 152 (93%) больных выполнено мамарокоронарное и аутовенозное шунтирование коронарных артерий, у 10 (7%) аутовенозная реваскуляризация миокарда. Изучение качества жизни (КЖ) проводилось с помощью общего опросника SF-36 и болезнь специфического опросника SAQ. Для оценки переносимости к физическим нагрузкам использовалась анкета DASI. Оценка КЖ и социального статуса больных с ИБС проводилась до и через 12±1 месяцев после оперативного лечения коронарной патологии.

Результаты: через 12 месяцев после КШ в условиях ИК по всем шкалам SF-36 и опросника SAQ произошло достоверное улучшение КЖ ($p<0,001$) и повышение толерантности к физическим нагрузкам по данным DASI ($p<0,001$). В то же время через 12 месяцев после КШ увеличилось количество пациентов с низким уровнем дохода и снизилось количество больных, имеющих средний уровень данного показателя ($p<0,001$). После оперативного лечения ИБС, не смотря на достоверное улучшение как психологического, так и физического компонента КЖ, с 52% до 81% выросло число инвалидов ($p<0,01$) и достоверно увеличилось количество неработающих больных по сравнению с дооперационным уровнем ($p<0,01$).

Выводы:

1. Через год после хирургической реваскуляризации миокарда у больных ИБС происходит достоверное улучшение КЖ по сравнению с дооперационным уровнем;

2. Не смотря на улучшения данных показателей, социальных статус прооперированных больных ухудшается;

3. Необходима разработка программы социальной реабилитации пациентов после реваскуляризации миокарда в условиях ИК.

0336

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ковалев С. А., Белов В. Н., Звягин А. В., Котельников А. Е., Кузнецов А.И., Шаталов С. Ю., Иваненков А. В., Белова Е. А., Федорищев И. Н., Ажми И.

БУЗ ВО ВОКБ № 1, БУЗ ВО ВОДКБ № 1, МУЗ ГКБ № 2, ГБОУ ВПО ВГМА им. Н. Н. Бурденко МЗ РФ, Воронеж

Цель исследования: изучить динамику качества жизни у молодых больных после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.

Методы исследования: в исследование включено 38 пациентов моложе 45 лет, которым было проведено коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК). Средний возраст составил 42±2 года. 34 (89%) пациентов до оперативного лечения перенесли инфаркт миокарда. Функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности составил — 2,5±0,7, ФК стенокардии — 2,8±0,4. У 10 (26%) больных был сахарный диабет 2 типа, 36 (95%) пациентов имели артериальную гипертензию, 30 (79%) — дислипидемию Фракция выброса левого желудочка до проведения КШ составила 49±4%. Все пациентам было выполнено КШ в условиях ИК, индекс шунтабельности составил 3±0,5. Изучение динамики качества жизни (КЖ) проводилось с помощью общего опросника SF-36 и специального опросника для больных со стенокардией SAQ. Анкетирование больных осуществлялось до и через 9-14 месяцев (в среднем 13±1 мес) после оперативного лечения ИБС. Все больные, включенные в исследование, не имели клинически выраженной некардиальной патологии и осложнений оперативного лечения, влияющих на медицинские показатели КЖ.

Результаты: при анализе результатов анкетирования установлено, что через 13 месяцев после КШ в целом по группе произошло достоверное «статистически значимое» ($p<0,01$) повышение КЖ по всем шкалам общего опросника SF-36 и болезнь-специфической анкеты SAQ. В тоже время «клинически значимое» улучшение данного показателя, которое воспринимается больным как существенное (более 10 баллов), по данным SF-36 и SAQ произошло лишь у пациентов, имеющих низкий дооперационный уровень КЖ по используемым в исследовании опросникам (менее 50% от максимального по каждой из шкал SF-36 и SAQ). При этом, у больных, включенных в исследование, у которых до проведения КШ в условиях ИК имелось незначительное или умеренное снижение КЖ, связанное с клиническими проявлениями ишемической болезнью сердца, после проведения оперативного лечения «клинически значимого» улучшения данного показателя выявлено не было.

Выводы:

1. Через 13 месяцев после хирургической реваскуляризации миокарда у молодых больных с наблюдается «статистически значимое» повышение КЖ;

2. «Клинически значимое» улучшение КЖ у пациентов моложе 45 лет после КШ в условиях ИК происходит лишь у больных, имеющих низкий дооперационный уровень КЖ, связанный с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца.

0337

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ковалев С. А., Белов В. Н., Кузнецов А. И., Шаталов С.Ю., Иваненков А. В., Белова Е. А., Ажми И.

БУЗ ВО ВОКБ № 1, БУЗ ВО ВОДКБ № 1, ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ, Воронеж

Цель исследования: изучить динамику качества жизни и социального статуса после коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.

Методы исследования: обследовано 162 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) (средний возраст 58,4±7 лет), которым было проведено коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК). У 140 (86%) больных до проведения КШ была диагностирована стабильная стенокардия, у 22 (14%) пациентов — нестабильная стенокардия/ инфаркта миокарда. У 152 (93%) больных выполнено мамарокоронарное и аутовенозное шунтирование коронарных артерий, у 10 (7%) аутовенозная реваскуляризация миокарда. Изучение качества жизни (КЖ) проводилось с помощью общего опросника SF-36 и бо-

лезнь специфического опросника SAQ. Для оценки переносимости к физическим нагрузкам использовалась анкета DASI. Оценка КЖ и социального статуса больных с ИБС проводилась до и через 12±1 месяцев после оперативного лечения коронарной патологии.

Результаты: через 12 месяцев после КШ в условиях ИК по всем шкалам SF-36 и опросника SAQ произошло достоверное улучшение КЖ (p<0,001) и повышение толерантности к физическим нагрузкам по данным DASI (p<0,001). В то же время через 12 месяцев после КШ увеличилось количество пациентов с низким уровнем дохода и снизилось количество больных, имеющих средний уровень данного показателя (p<0,001). После оперативного лечения ИБС, не смотря на достоверное улучшение как психологического, так и физического компонента КЖ, с 52% до 81% выросло число инвалидов (p<0,01) и достоверно увеличилось количество неработающих больных по сравнению с дооперационным уровнем (p<0,01).

Выводы:

1. Через год после хирургической реваскуляризации миокарда у больных ИБС происходит достоверное улучшение КЖ по сравнению с дооперационным уровнем;

2. Не смотря на улучшения данных показателей, социальных статус прооперированных больных ухудшается,

3) Необходима разработка программы социальной реабилитации пациентов после реваскуляризации миокарда в условиях ИК.

0338

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Коваленко Е.В., Еругина М.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов

Цельанализдефектов оказания медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда в профильных отделениях стационаров.

Материалы и методы. Методом случайного отбора для анализа выбраны 200актов экспертиз качества медицинской помощи (КМП), заполненных внештатными экспертами,и 200 соответствующих актам медицинских карт стационарного больного (ф.№ 003у). Пациенты лечилисьс диагнозом острый инфаркт миокарда в кардиологических отделениях шести многопрофильных больниц Саратовской области муниципального и районного уровня в 2012 году.Алгоритм анализа медицинских карт соответствовал протоколу оценки качества медицинской помощи, утвержденному Приказом ФФОМС № 230 от 01.12.2010.

Результаты. В 95% случаев (190 историй болезни) выявлены дефекты оказания медицинской помощи. В среднем на одну историю болезни приходилось 1,6 дефектов.В структуре дефектов преобладали дефекты лечебных мероприятий — 42,6 %. Дефекты формулировки и содержания диагноза составили 29%, дефекты сбора информации — 23,5%, дефекты преемственности 4,9%.Среди дефектов лечебных мероприятий выявлены: несвоевременное начало лечебных мероприятий, неадекватное обезболивание (введение наркотических анальгетиков после спазмолитиков и анальгетиков других групп), неадекватная антитромботическая терапия (подкожное введение нефракционированногогапарина в качестве основной терапии, неправильный рассчет дозы низкомолекулярного гепарина), не назначениеаспирина, бета-блокаторов, ингибиторов АПФи статинов при отсутствии противопоказаний. К дефектам постановки, формулировки и содержания диагноза отнесены: не соответствие диагноза критериям действующих классификаций, не диагностированные сопутствующие заболевания и осложнения из-за отсутствия оценки врачами результатов исследований. Среди дефектов сбора информации выявлены: неинформативное описание жалоб, анамнеза и результатов физикального обследования; отсутствие сведений, позволяющих оценить своевременность госпитализации;несвоевременное и неполное проведение лабораторных и инструментальных исследований (с учетом стандартов, рекомендаций РКО); отсутствие информации о контроле физиологических параметров, динамике состояния больного. Среди дефектов преемственности выявлены: поздняя госпитализация, отсутствие информации о мероприятиях на догоспитальном этапе, неполные рекомендации при выписке.На основании выявленных дефектов, в 140 случаях(70%) к медицинским организациям применены финансовые санкции — уменьшена оплата медицинской помощи.В 28% медицинских карт имелись акты внутренней экспертизы, все эти случаи признаны бездефектными.

Выводы. При проведении внешней экспертизы в системе ОМС выявляется большое количество дефек-

тов оказания медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда, которые не выявляются при внутренней экспертизе. Выявленные дефекты влекут серьезные финансовые потеримедицинских организаций и требуют совершенствования клинико-организационных механизмов оказания медицинской помощи данной категории пациентов и унификации контроля качества медицинской помощи.

0339

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков

Коваль С.Н., Резник Л.А, Старченко Т.Г., Першина Е.С.

Цель работы — изучить взаимосвязь инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) со структурно-функциональными показателями сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 113 больных ГБ II стадии 2 и 3 степени. Основную группу составили 67 больных ГБ с СД 2 типа. Группу сравнения — 46 больных ГБ без СД. Всем больным проводились антропометрические, лабораторные (определение уровня глюкозы, ИФР-1, инсулина, мочевой кислоты (МК), показателей липидного обмена) и инструментальные (доплерэхокардиография, допплерография сонных артерий с определением толщины интимы — медии (ТИМ)) исследования. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA FOR WINDOWS версии 6.0. Для характеристики показателей использовали медиану (Me), верхний (LQ) и нижний квартили (UQ), которые по тексту представлены в виде Me(LQ÷UQ). Для исследования влияния независимой переменой на зависимую использовали непараметрические аналоги дисперсионного анализа — критерий Краскела-Уоллиса (ККУ).

Результаты. Установлено достоверное уменьшение уровня ИФР-1 у больных ГБ с СД 2 типа (130,3 (98,1÷158,1) нг/мл) в сравнении с больными ГБ без СД (185,0(155,5÷198,3) нг/мл). Выявлена тесная взаимосвязь между уровнем ИФР-1 и типом геометрии левого желудочка (ЛЖ). У больных ГБ с СД 2 типа с эксцентрической гипертрофией ЛЖ (ЭГЛЖ) уровень ИФР-1 был достоверно ниже (на 15%, $p<0,05$) в сравнении с больными этой группы с концентрической ГЛЖ (КГЛЖ). В группе больных ГБ без СД наибольший уровень ИФР-1 наблюдался у пациентов с нормальной геометрией ЛЖ, был достоверно ниже у больных этой группы с КГЛЖ (на 11%, $p<0,05$) и достигал наименьших значений при ЭГЛЖ (на 16% в сравнении с больными с нормальной геометрией ЛЖ и на 7% в сравнении с КГЛЖ, $p<0,05$). Выявлены достоверные корреляционные связи между уровнем ИФР-1 и изучаемыми показателями. Так, у мужчин с ГБ и СД 2 типа ИФР-1 положительно коррелировал с фракцией выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) ($r=+0,40$, $p<0,05$), отрицательно — с размером левого предсердия ($r=-0,36$, $p<0,05$) и конечно-диастолическим размером ЛЖ ($r=-0,44$, $p<0,01$). У женщин с ГБ без СД установлена положительная корреляционная связь между уровнем ИФР-1 и ФВ ЛЖ ($r=+0,44$, $p<0,05$). С помощью дискриминантного анализа разработана модель прогнозирования типа геометрии ЛЖ у больных ГБ с СД 2 типа, объединившая вышеуказанные антропометрические, клинико-гемодинамические и метаболические показатели, уровень ИФР-1 и морфо-функциональные параметры сердца и сосудов. Достоверная взаимосвязь с типом геометрии ЛЖ у больных ГБ установлена для: наличия СД 2 типа и его длительности, индекса массы тела, уровня общего холестерина, МК, глюкозы в крови, ТИМ и уровня ИФР-1.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о моделирующем влиянии ИФР-1 на структурно-функциональные показатели сердца у больных ГБ как с СД 2 типа, так и без него.

0340

УРОВЕНЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Першина Е.С., Резник Л.А.

ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины», г. Харьков

Цель — изучить уровни микроальбуминурии при различных функциональных классах (ФК) сердечной недостаточности (СН) у больных гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы: обследовано 40 больных ГБ с нормальным углеводным обменом и 38 пациентов, страдающих ГБ в сочетании с СД 2 типа. У всех больных был исключен симптоматический характер артериальной гипертонии. При обследовании больных ГБ с СД 2 типа и без него было установлено, что возраст больных в обеих группах существенно не отличался и составил соответственно (58,2±1,2) года и (54,5±1,2) года. Уровень микроальбуминурии определяли иммуноферментным методом.

Результаты исследования: Установлено, что частота встречаемости микроальбуминурии у больных ГБ с СД 2 типа и без него составила соответственно 41,6% и 21,4%. Анализ экскреции альбумина с мочой у больных ГБ без СД в зависимости от ФК СН показал, что наиболее существенные изменения данного показателя были выявлены у больных с СН ФК II — (37,67±5,15) мг/сут., что достоверно отличалось от показателей в случае наличия ФК I и без СН ($p<0,01$; $p<0,01$). При этом у этих пациентов без СН и при ФК I средние значения микроальбуминурии не превышали нормальных ее значений. У больных ГБ в сочетании с СД 2 типа умеренная микроальбуминурия выявлена даже у больных без СН — (37,29±6,26) мг/сут. При ФК I и ФК II уровень микроальбуминурии достиг более высоких значений и достоверно отличался от показателя микроальбуминурии у этих больных без СН — ($p<0,01$; $p<0,01$). Полученные результаты свидетельствуют об ассоциации микроальбуминурии с СН у больных ГБ как в сочетании с СД 2 типа, так и без него. Обнаружена связь частоты и выраженности микроальбуминурии с возрастом у больных ГБ с СД 2 типа и у пациентов ГБ с нормальным углеводным обменом. Так, при ГБ без СД 2 типа на фоне ФК II. возраст составил (60,4±1,9) года, что достоверно отличалось от больных не имеющих СН ($p<0,05$), а без СД — (63,11±1,35) года, что достоверно отличалось как от больных без СН ($p<0,01$), так и от больных, имеющих ФК 1 ($p<0,05$)

Выводы: Таким образом, у больных ГБ с нормальным углеводным обменом появление экскреции альбумина с мочой выявлено лишь при СН ФК II. В случае сочетания ГБ с СД 2 типа микроальбуминурия может встречаться как на фоне СН, так и без нее.

0341

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА

Ковальчук Е.Ю., Сорока В.В.

ГБУ НИИ СП им.И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы разрывов сердечной мышцы определяется широкой распространенностью ишемической болезнью сердца, высокой летальностью от постинфарктных разрывов миокарда и отсутствием эффективных методов ранней диагностики данного осложнения инфаркта миокарда.

Цель работы: Установить диагностическую ценность динамики высокочувствительного С реактивного белка у пациентов с первым Q инфарктом миокарда передней локализации как раннего предиктора постинфарктного разрыва миокарда.

Задачи:1.Оценить показатели высокочувствительного С- реактивного белка у пациентов с первый Q инфарктом миокарда передней локализации.2.Выявить возможную взаимосвязь динами уровней данного показателя и постинфарктного разрыва миокарда. 3.Оценить возможность применения полученных данных в раннем прогнозировании разрыва миокарда.

Применяемые методы: нами проведен ретроспективный анализ 69 историй болезни пациентов с первый Q инфаркт миокарда, из которых 32 пациента скончались от наружного разрыва миокарда (подтвержденных аутопсией) и 37 пациентов выписались из стационара. Помимо рутинных обследований, лабораторных и инструментальных тестов всем пациентам в динамике производилось исследование для определения высокочувствительного С- реактивного белка.

Результаты и обсуждения: в ходе проведенного исследования нами установлена достоверно значимые отличия между группами пациентов ($p< 0.05$) по уровню С-реактивного белка. Отличия получены начиная с первого определения. В группе разрыва миокарда значения С-реактивного белка составили: исходные значение- 11,7-5.4 мг/л,через 12 часов- 34,2-8.3мг/л, через 24 часа-101,3-9.5 мгл, через 36 часов-143 -7.4мг/л; а в группе сравнения: исходные- 8.2-4.2 мг/л,через 12 часов- 18,7-5.3мг/л,через 24 часа-35,8-6.2 мг\л,через 36 часов-74,8-7,4мг\л.

Выводы: на основе полученных данных можно сделать вывод о том, что уровень СРБ безусловно является предиктором развития осложнений у пациентов с инфарктом миокарда в диагностически значимом титре более 10 мг/л, но он так же является раннем предиктором столь грозного осложнения инфаркта миокарда как разрыв сердца (титр более 15мг/л в первые часы).

0342

ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Кожокарь К.Г., Саламатина Л.В., Кудрявцева О.В., Урванцева И.А.

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут, Россия

Цель работы: оценить влияние ивабрадина на качество жизни и уровень депрессии у пациентов кардиологического профиля.

Методы исследования. В исследовании участвовали 6 пациентов (2 мужчины и 4 женщины) в возрасте от 39 лет до 71 года, наблюдавшихся с 2010 по 2012 год у кардиолога в БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ» и принимавших в течение данного времени препарат кораксан (ивабрадин). Оценка статуса здоровья проводилась с помощью краткого опросника SF-36 (изучались следующие показатели: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье), выраженность депрессивного состояния оценивалась при помощи шкалы Цунга. Анкетирование пациентов за период наблюдения проводилось 4 раза: через 1, 6 месяцев, 1 и 2 года после начала приема препарата.

Результаты. Перед назначением препарата проводилось комплексное обследование пациентов: у 3 из них имелась гипертоническая болезнь, у 1 диагностирована безболевая ишемия миокарда, 2 пациента лечились по поводу дисгормональной кардиомиопатии. У всех пациентов был выявлен 1 ФК НК по NYHA. Помимо ивабрадина пациенты также получали 2-3 лекарственных препарата других групп, в основном это были бисопролол и аспирин. За двухлетний период наблюдения мы получили следующие результаты: физическая активность возрастала максимально до 40% от исходного; выраженность болевого синдрома в процессе лечения уменьшалась в пределах от 12 до 65%; субъективная оценка состояния здоровья прогрессировала до 10% от исходных значений. Уровень жизненной активности либо оставался прежним, либо увеличивался, но незначительно; социальная активность и ролевое функционирование к концу лечения возросли до 12,5% и 50% от исходного соответственно. Уровень депрессии, определяемый по шкале Цунга, перед началом лечения находился у всех пациентов в пределах нормальных значений, однако отмечалась тенденция к снижению данного показателя, что говорит об улучшении психического состояния на фоне проводимой терапии.

Выводы. На фоне комплексного лечения с включением ивабрадина улучшились показатели качества жизни: вырос уровень физической и социальной активности пациентов, эмоциональные проблемы стали меньше ограничивать повседневную деятельность; уровень депрессии уменьшился или сохранялся в пределах нормальных значений.

0343

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕЗИСТИНА, АДИПОНЕКТИНА И КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Е.В. Колесникова, В.Д. Немцова

ГУ « Институт терапии имени акад. Л.Т. Малой АМН Украины», г. Харьков, Украина

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Несмотря на значительные успехи медицины в последние десятилетия, более половины смертей в мире обусловлены заболеванием сердечно-сосудистой системы. Наиболее весомый вклад в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляют те состояния и осложнения, ассоциированные с атеросклерозом (68-70%). Основываясь на данных многочисленных эпидемиологических исследований, эксперты ВОЗ подчеркивают, что первичная и вторичная профилактика ССЗ путем воздействия на факторы риска

позволит предупредить до 80% смертей от атеросклеротических заболеваний сердца, мозгового инсульта, сахарного диабета.

В последние годы была установлена четкая взаимосвязь нарушений липидного и углеводного обмена с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). НАЖБП обнаруживают у 70% пациентов с избыточной массой тела и у 30% пациентов с нормальной. Известна роль гормонов жировой ткани в развитии и прогрессировании НАЖБП, однако их влияние на кардиоваскулярный риск остается предметом дискуссии.

Цель: изучить плазменный уровень адипонектина (АН) и резистина (РЗ) у больных с неалкогольной жировой болезнью печени и их взаимосвязь с толщиной интим-медиа (ТИМ), которая считается ранним маркером атеросклероза.

Материалы и методы: были включены 220 пациентов с НАЖБП в возрасте 42 ± 6 лет, Ж/ М: 98/122. 30 здоровых добровольцев в возрасте 36 ± 7,5 лет, Ж / М: 10/20, составили группу контроля. Изучались показатели систолического и диастолического артериального давления, индекса массы тела, углеводного и липидного обмена. Уровни АН и РЗ определялись иммуноферментным методом. ТИМ измеряли допплерографически по стандартной методике.

Результаты: при оценке антропометрических параметров были обнаружены значительные отличия между пациентами с НАЖБП и контрольной группой (p <0,05). Среди показателей углеводного и липидного обмена статистически значимые различия были обнаружены только для уровней глюкозы крови натощак (p <0,0001), A1c (p <0,0001) и общего холестерина (p <0,05). У пациентов с НАЖБП показатели АН снижались (p <0,05) при повышении уровней РЗ (p <0,05). Корреляционный анализ показал отрицательную связь АН (r = -0,42 p <0,05) и положительную РЗ (r = 0,52, p <0,01) с ТИМ у пациентов с НАЖБП.

Вывод: Пациенты с НАЖБП имеют сниженный уровень адипонектина и повышенный резистина наряду с тенденцией к повышению значений ТИМ, что свидетельствует о роли различных механизмов в развитии НАЖБП. Это может быть связано с антиатеросклеротическим действием адипонектина, однако патогенез этого механизма еще требует дальнейшего изучения.

0344

ИММУНОРРЕГУЛЯТОРНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Кологривова И.В., Суслова Т. Е., Кошельская О. А., Карпов Р.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

Известно, что артериальная гипертензия (АГ), ассоциированная с сахарным диабетом (СД) 2-го типа или нарушением толерантности к углеводам (НТУ), сопровождается развитием хронического субклинического воспаления, механизмы которого изучены недостаточно. Цитокины являются медиаторами межклеточных взаимодействий и отражают вовлеченность различных звеньев иммунного ответа в реализацию воспаления.

Целью данного исследования стала оценка содержания цитокинов в сыворотке периферической крови, а также их спонтанной и стимулированной секреции клеткам периферической крови у пациентов с АГ, ассоциированной с СД 2-го типа или НТУ.

Обследовано 35 пациентов с сочетанием АГ и СД 2-го типа, 14 пациентов с сочетанием АГ и НТУ. В качестве групп сравнения обследованы 12 пациентов с изолированной АГ и 24 здоровых добровольца. Клетки периферической крови культивировали в течение 24 часов при 37°С и 5% CO2 с использованием наборов «Цитокин-Стимул-Бест» («Вектор-БЕСТ», Новосибирск), которые позволяли оценить спонтанную и митоген-индуцированную секрецию цитокинов. В супернатантах суточных культур и сыворотке крови пациентов мультиплексным методом определяли содержание интерлейкинов (IL)-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17, фактора некроза опухолей (TNF)-α, интерферона (IFN)-γ (проточный цитометр FACSCalibur, программа CellQuestPro, Becton Dickinson, США).

В сыворотке крови пациентов с сочетанием АГ и СД 2-го типа было выявлено увеличение содержания ряда цитокинов по сравнению с группой здоровых добровольцев: IL-4 (p<0,001), IL-6 (p<0,001), IL-10 (p=0,014), TNF-α (p=0,001), IFN-γ (p=0,037) и IL-17A (p<0,001). Также в данной группе пациентов наблюдалось увеличение спонтанной секреции TNF-α (p=0,013), IL-6 (p=0,035) и IL-17 (p=0,001) и стимулированной секреции TNF-α (p=0,002) по сравнению со здоровыми добровольцами. Стимулированная секреция IL-10 при АГ, ассоциированной с СД 2-го типа, была снижена относительно группы здоровых добровольцев (p=0,009). При АГ в сочетании с НТУ выявлено увеличение концентрации IL-6 по сравнению с группой здоровых добровольцев (p=0,002). У пациентов с изолированной АГ значения концентраций цитокинов в сыворотке крови находились

в пределах чувствительности метода. Однако в этой группе мы выявили увеличение спонтанной секреции IL-17 (p=0,007) и стимулированной секреции TNF-α (p<0,001) по сравнению с группой здоровых добровольцев.

Таким образом, мы показали, что артериальная гипертензия, ассоциированная с нарушениями углеводного обмена, характеризуется выраженным изменением продукции иммунорегуляторных цитокинов. Оценка функционального состояния клеток периферической крови показала увеличение секреции провоспалительных и подавление секреции противовоспалительных цитокинов при сочетании АГ и СД 2-го типа, что может вносить существенный вклад в развитие хронического субклинического воспаления при данном патологическом состоянии.

0345

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ФОРМИРОВАНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЦА

О.И. Колодяжная, М.Е. Стаценко

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Минздрава России, Волгоград

Целью изучить распространенность и значение гиперурикемиии у женщин зрелого возраста и изучить взаимосвязь уровня мочевой кислоты (МК) с клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН) и диастолической дисфункцией (ДД) сердца.

Методы исследования. Обследованы 52 женщины зрелого возраста через 6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда, осложнившегося развитием ХСН. Средний возраст 55,8±3,2 лет с ХСН I — III функционального класса (ФК). Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от сохраненной менструальной функции: 1 группа — женщин находящихся в состоянии постменопаузы составила 29 человек (55,8%), 2 группа — женщины с сохраненной менструальной функцией — 23 (44,2%). Группы были сопоставимы по основным клинико-гемодинамическим параметрам и применяемым дозам стандартной терапии ХСН. Оценку ДД по стадиям проводили с учетом национальных рекомендаций ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН. Гиперурикемию диагностировали при уровне МК более 360 мкмоль/л. Статистический анализ проведен с использованием пакета программ Microsoft Excel 2003. Вычисление значимости качественных различий оценивали с помощью точного метода Фишера. Статистически значимыми считали отклонения при p<0,05.

Полученные результаты. По результатам исследования выявлены достоверные различия в тяжести ФК ХСН, так в 1-й группе средние значения составили 2,42±0,32 по сравнению со второй группой, где ФК ХСН был 1,8±0,15, различия достигли критерия достоверности. Средние значение уровня МК в группе женщин находящихся в постменопаузе составило- 356,3±10,3 мкмоль/л по сравнению с группой женщин с сохраненной менструальной функцией — 314,5±19,2 мкмоль/л (p<0,05). Частота встречаемости гиперурикемии более 360 мкмоль/л чаще регистрировалась в 1 –й группе — 37,9% vs 13% во второй группе (p>0,05). ДД выявлялась в обеих группах, при этом в 89,7% регистрировалось в 1-й группе и в 52,1% во второй, различия достигли критерия достоверности (p<0,05).

Заключение. Женщины, находящие в состоянии постменопаузы, достоверно чаще имеют нарушения пуринового обмена, что сопровождается более высокой частотой встречаемости ДД, по сравнению с женщинами с сохраненной менструальной функцией. Выявление данной группы пациенток требует своевременной коррекции нарушений пуринового обмена, что позволит улучшить клинические и гемодинамические показатели.

0346

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Коломиец В. В., Рогачева Т.А., Ванханен Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Цель. Изучить влияние коррекции дислипидемии аторвастатином на суточный профиль артериального

давления (СПАД) и суставной синдром у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с остеоартрозом (ОА).

Методы исследования. У 120 больных ЭГ II стадии в сочетании с ОА коленных суставов до и после 1 месяца терапии лизиноприлом в суточной дозе 20-40 мг, а затем после 3 месяцев дополнительного приема аторвастатина в суточной дозе 20 мг оценивали липиды крови, СПАД, функцию эндотелия сонографически по дилятации плечевой артерии (ПА) в пробе с реактивной гиперемией (РГ), альгофункциональный суставной индекс Лекена, транспорт кальция между скелетом и кровью, С-концевые телопептиды в моче, интерлейкин 1β (ИЛ-1β), туморонекротический фактор α (TNF-α), С-реактивный белок (СРБ) иммуноферментными методами.

Результаты. После лечения аторвастатином снизился общий холестерин крови с 5,97±0,14 до 4,11±0,11 ммоль/л (p<0,05) и холестерин липопротеинов низкой плотности с 3,78±0,12 до 2,12±0,09 ммоль/л (p<0,05) и не превышал 2,60 ммоль/л у всех больных. Терапия лизиноприлом улучшила СПАД. Среднесуточный уровень систолического АД снизился до 132,3±1,4 мм рт.ст., диастолического АД до 83,2±1,0 мм рт.ст. Степень ночного снижения систолического АД увеличилась до 15,8±1,6 мм рт.ст., диастолического АД — до 13,6±1,2 мм рт.ст. После терапии аторвастатином систолическое АД снизилось до 125,9 мм рт.ст., диастолическое АД — до 76,4 мм рт.ст. Степень ночного снижения систолического АД увеличилась до 16,7±1,7 мм рт.ст., диастолического АД — до 15,1±1,5 мм рт.ст. Среднедневная вариабельность систолического АД уменьшилась с 14,1±0,4 мм рт.ст. до 12,7±0,5 мм рт.ст. Терапия аторвастатином сопровождалась существенным снижением (p<0,05) уровня провоспалительных факторов: IL-1β — на 40% (с 26,7±0,4 пг/мл до 16,0±0,3 пг/мл), TNF-α — на 37,0% (с 16,5±0,2 пг/мл до 10,4±0,1 пг/мл) и СРБ — на 27% (с 2,64±0,05 пг/мл до 1,93±0,04 пг/мл). Терапия ингибитором АПФ и статином способствовала уменьшению выраженности дисфункции эндотелия. Вазодилятация при РГ возросла с +6,8±0,5% на фоне приема лизиноприла до +8,3±0,5% (p<0,05) и до +10,4±0,3% после лечения аторвастатином. После приема статина отмечено снижение концентрации С-концевых телопептидов в моче с 252,5±16,1 до 108,0±13,3 мкг/ммоль креатинина (p<0,05). Ускоренная резорбция костной ткани приводит к ее деминерализации. Интенсивность транспорта кальция между внеклеточной жидкостью и костной тканью увеличилась почти в 2 раза (p<0,05). Индекс Лекена уменьшился с 8,7±0,9 до 5,3±0,5 балла (p<0,05).

Выводы. Гипохолестеринемический, противовоспалительный эффекты и стимулирующее воздействие аторвастатина на эндотелиальный синтез оксида азота сопровождаются вазодилятацией, улучшением СПАД и клинико-функционального состояния суставов вследствие прямых эффектов на сустав и опосредованных — на субхондральную кость и ее кровоснабжение. Одним из механизмов эффекта аторвастатина является коррекция нарушений обмена кальция вследствие его гипокальциурического и антирезорбтивного воздействий.

0347

ИЗМЕНЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАЛЬЦИЯ И МАГНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТОРАСЕМИДА И ИНДАПАМИДА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коломиец В. В., Боброва Е.В., Майлян Д.Э.

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина,
Национальная медицинская академия последипломного образования им.П.Л.Шупика, Киев, Украина**

Цель. Изучить соотношение почечной экскреции кальция и магния при приеме торасемида и индапамида у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Методы исследования. У 30 здоровых людей и у 60 больных ЭГ II стадии 1-й и 2-й степени изучены кальций- и магнийуретическая функция почек в условиях клиренсовых исследований, внутривенных нагрузок хлоридом кальция в дозе 0,15 ммоль/кг массы тела и сульфатом магния в дозе 0,1 ммоль/кг массы тела и трехнедельного приема индапамида (30 больных ЭГ) в суточной дозе 2,5 мг или торасемида (30 больных ЭГ) в суточной дозе 5 мг. Концентрацию кальция (Са) в крови и моче определяли на автоматическом анализаторе.

Результаты. В условиях стандартного и привычного потребления Са и Mg их почечный транспорт (экскреция (Э) Са — 5,0±0,5 и 4,8±0,6 ммоль/24 ч; фильтрационный заряд (ФЗ) Са — 115,4±6,2 и 115,0±5,1 мкмоль/мин; экскретируемая фракция (ЭФ) Са — 3,06±0,34 и 3,24±0,45%; ЭMg — 3,8±0,7 и 3,5±0,6 ммоль/24 ч; ФЗMg — 59,5±4,7 и 56,5±4,8 мкмоль/ми; ЭФMg — 3,4±0,4 и 3,2±0,4%) у здоровых людей и больных ЭГ не различался. Если сумму ЭСа и ЭMg принять за 100%, то вклад Са и Mg в катионный баланс плазмы крови у здоровых людей (56,8% и 43,2%) и у больных ЭГ (57,8% и 42,2%) одинаковый. В условиях внутривенной нагрузки хло-

ридом Са у здоровых людей ЭСа возросла на 8,11±2,40 мкмоль/мин, у больных ЭГ — на 6,13±1,67 мкмоль/мин. Почти в той же степени увеличилась и ЭMg (у здоровых людей — на 7,40±1,51 мкмоль/мин; у больных ЭГ — на 4,00±1,08 мкмоль/мин). После нагрузки Mg ЭMg (у здоровых на 22,12±2,27 мкмоль/мин; у больных ЭГ на12,09±1,36 мкмоль/мин) возросла в значительно большей степени, чем ЭСа (на 2,71±0,36 мкмоль/мин 1,85±0,23 мкмоль/мин соответственно у здоровых и больных ЭГ). Отношение ЭСа/ЭMg после нагрузки Са составило у больных ЭГ 52,3%/47,6%, после нагрузки Mg — 25,5%/75,5%. После приема индапамида ЭMg возросла с 3,7±0,6 до 8,1±1,2 ммоль/24 ч за счет увеличения ЭФMg — с 3,7±0,4 до 6,2±0,7%. ФЗMg не изменялся. Соотношение почечной ЭСа и ЭMg у больных, получавших индапамид, изменилось с 57,8%/42,2% до лечения на 35,7%/64,3% после курса терапии. Торасемид изменения соотношения ЭСа и ЭMg не вызвал (57,3%/42,7% и 55,2%/44,8% соответственно до и после лечения). Прием торасемида ЭMg практически не изменил (3,8±0,5 и 4,9±0,7 ммоль/24 ч) так же, как и ЭФMg (3,9±0,4 и 4,2±0,5%). ЭСа уменьшилась — с 5,1±0,5 до 3,6±0,4 ммоль/24 ч за счет уменьшения ЭФСа с 3,9±0,3 до 3,0±0,2%.

Выводы. У больных ЭГ в условиях нагрузок, когда интенсифицируется канальцевый транспорт Са и Mg и должна увеличиваться экскреция обох катионов, преимущественно возрастает экскреция Mg, усугубляющая его дефицит в организме. В отличие от индапамида, уменьшающего экскрецию кальция, но увеличивающего экскрецию магния, торасемид оказывает кальций- и магнийсберегающий эффект, удерживая исходное соотношение их экскреции.

0348

ВОЗМОЖНОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С.М.,[1] Чакова Н.Н.,[2] Крупнова Э.В.,[2] Ниязова С.С.[2]

Михаленко Е.П.,[2] Чеботарева Н.В.[2]

[1]Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

[2]Институт генетики и цитологии Национальной Академии наук Беларуси, Минск

Классическая терапия β-адреноблокаторами пациентов с ГКМП вызывает клиническое улучшение, но не сопровождается регрессом гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Терапия блокаторами рецепторов к ангиотензину II (БРА) вызывает регресс ГЛЖ у больных с артериальной гипертензией, что дает надежду на успешное использование этой группы препаратов в лечении ГКМП. Вместе с тем, заслуживает внимания возможная связь эффективности лечения БРА с полиморфизмом генов, кодирующих белки РААС (ACE, кодирующих ангтотензинпревращающий фермент и AGTR1, кодирующий рецептор I типа к ангиотензину II).

Цель работы: изучение влияния полиморфизма генов ACE и AGTR1 на эффективность терапии БРА (лозартан, лориста, KRKA, Словения) больных ГКМП для разработки стратегии индивидуализации терапии

Материалы и методы: исследовали 73 пациента с ГКМП (54 мужчин и 19 женщин, средний возраст 46,7±15,7 лет). Всем пациентам назначался лозартан (лориста, фирма KRKA). С использованием метода ПЦР-ПДРФ изучали I/D полиморфизм гена ACE и A1166C-полиморфизм гена AGTR1. Оценивали клинические данные, ФК СН NYHA, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ до и после приема препарата с учетом результатов генотипирования.

Результаты: терапия лозартаном улучшала гемодинамическое состояние пациентов с ГКМП, не сопровождалась ростом градиента давления в выносящем тракте левого желудочка, однако была неодинаково эффективна в плане регресса гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Так, значимый регресс ГЛЖ (динамика ИММ›10% от исходного значения) наблюдался у 17 (22,4%), резистентность к терапии зарегистрирована у 34 (44,7%) пациентов. При анализе ассоциации клинико-гемодинамический показателей с полиморфизмом ACE установлено, что у носителей аллеля D отмечался наилучший ответ на терапию, именно у этих пациентов достигается достоверное уменьшение ФК СН (p=0,05) и регресс ГЛЖ у 19,2% пациентов. Тогда как у 60% пациентов с генотипом II ACE наблюдалась резистентная ГЛЖ и только у 12% регистрировался регресс ГЛЖ.. Полиморфизм гена AGTR1 не ассоциировался с регрессом ГЛЖ. Интересные данные получены при анализе комбинаций генотипов ACE и AGTR1. Выявлено, что регресс ГЛЖ наблюдался в 87,5% случаев у носителей гетерозиготных генотипов AC(AGTR1)/ID ACE и в 58,3% случаев у носителей гомозиготных генотипов AA(AGTR1)/DD ACE. У пациентов с комбинацией генотипов AA(AGTR1)/II ACE в 87,5% случаев была установлена резистентная ГЛЖ.

Выводы: проведение генотипирования пациентов до начала терапии позволяет при назначении БРА

учитывать генетические факторы чувствительности к нему. Полученные результаты нашего клинико-генетического исследования могут сыграть важную роль в индивидуализированном подходе к лечению БРА пациентов с ГКМП.

0349

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА

Комиссарова С.М., Мельникова О.П., Геворкян Т.Т., Устинова И.Б., Севрук Т.В.

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

В структуре ранней сердечной смертности гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является одной из наиболее частых причин. Ежегодная смертность больных, страдающих ГКМП в результате ВСС, составляет 3 — 6 % для детей и подростков и 2 — 4% для взрослых. Учитывая неблагоприятное течение и высокий уровень смертности пациентов с ГКМП, большое значение имеет определение роли различных факторов в прогнозе этого заболевания

Цель: оценить роль эхокардиографических и электрокардиографических показателей на прогноз ВСС пациентов с ГКМП.

Материалы и методы: были проанализированы кардиальные события у 173 пациентов ГКМП (111 мужчин, 62 женщин, медиана возраста 45, от 15 до 66 лет), наблюдаемых в РНПЦ «Кардиология» с 2007 по 2013 год. Учитывали наличие семейной формы заболевания, ВСС в семейном анамнезе, синкопальных состояний, измеряли эхокардиографические параметры; количество желудочковых экстрасистол (ЖЭ), наличие эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии (НЖТ), продолжительность корригированного интервал (QTc) и дисперсию интервала QT (QTd) при суточном мониторировании ЭКГ (СМ ЭКГ). В зависимости от развития кардиальных событий пациентов распределили на 2 группы: группу с развитием кардиальных событий и группу с их отсутствием. В группу с развитием кардиальных событий были отнесены 4 пациента, умерших внезапно и 7 пациентов, перенесших фибрилляцию желудочков и успешную реанимацию, которым был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор. Ко второй группе были отнесены остальные 162 пациента.

Результаты: При однофакторном анализе выявлены статистически значимые различия между группами пациентов с развитием или отсутствием кардиальных событий по таким показателям как конечно-систолический размер левого желудочка (КСР) ($p<0,01$), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) ($p<0,005$), время замедления кровотока раннего диастолического наполнения левого желудочка (DT) ($p<0,01$), дисперсия интервала QT (QTd) ($p<0,05$), наличие неустойчивой желудочковой тахикардии (НЖТ) ($p<0.009$). В результате многофакторного анализа с помощью логит-регрессии установлено, что факторами риска ВВС для изучаемой группы пациентов являются КСР ≤ 27 мм (отношение шансов (ОШ) =8.75 (2.03 ÷53.42)), DT ‹ 170 мс (ОШ=11.62(2.24 ÷106.09)), дисперсия QTd ≥ 50 мс (ОШ=11.56 (2.84 ÷ 63.30)), наличие эпизодов НЖТ (ОШ=5.2 (51.25÷24.84)). По результатам моделирования построена номограмма, которая позволяет рассчитать вероятность наступления у пациентов с ГКМП кардиальных событий.

Выводы: проведенное исследование позволило определить группу пациентов, потенциально имеющих наименьшие шансы на успешный прогноз, которым необходимо применение дополнительных методов лечения, в первую очередь, имплантацию кардиовертера-дефибриллятора.

В группе пациентов с ГКМП значение mTWA были достоверно выше, чем у здоровых лиц (34,5 ± 4,2 против 20,2± 1,8, $p<0,05$). У пациентов ГКМП значения mTWA были патологическими (77,6±19,7 мкВ) у 26 (34,2%) и непатологическими (29,1±0,95 мкВ) у 50 (65,8%) пациентов. Пациенты обеих групп значимо не различались по наличию семейной формы заболевания и семейного анамнеза, отягощенного ВСС и эхокардиографическим показателям. Патологическое значение mTWA в 2 раза чаще регистрировалось у пациентов с обструктивной формой ГКМП; в 2,5 раза чаще при наличии синкопальных состояний и у всех пациентов, которым была выполнена имплантация ИКД. По данным СМ ЭКГ максимальная частота ЖЭ (›500 за сутки), число эпизодов НЖТ за сутки, а также число пациентов с наличием НЖТ было значимо выше ($p<0,01$) у пациентов с патологическим значением mTWA по сравнению с пациентами с непатологическим значением mTWA (65,6±27,2 против 39,9±24,2, $p=0,008$). Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная предсказуемая ценность результатов значения mTWA для определения НЖТ была 100%, 59%, 45% и 57% соответственно,

тогда как для значения QTc >450 мс для определения НЖТ были 50%, 35%, 20%, 69% соответственно.

Заключение: измерение величины mTWA высокоинформативно и может быть использовано в идентификации пациентов ГКМП с высоким риском жизнеугрожающих желудочковых аритмий.

0350

ДОКЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

ГБОУ ВПО АГМУ Министерства здравоохранения России. г. Барнаул, Россия.

Ранняя диагностика атеросклероза при артериальной гипертонии (АГ) является серьезной проблемой, решение которой будет способствовать профилактике сердечно-сосудистых осложнений, снижению инвалидизации и смертности лиц трудоспособного возраста.

Цель исследования. Выявить частоту распространения доклинических признаков атеросклероза с целью проведения своевременных мер по профилактике.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 мужчин, имеющих АГ. Проводилось измерение роста и веса, окружности талии (ОТ), определение индекса массы тела (ИМТ). Осуществлялась регистрация уровня офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС). Суммарный риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий рассчитывался по шкале SCORE. Оценивался лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), толщина комплекса интима-медиа (КИМ) БЦС, а так же жесткость сосудистой стенки путем измерения каротидно-феморальной скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Эндотелиальная функция оценивалась с помощью пробы с реактивной гиперемией.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 48±1,2 лет, длительность анамнеза АГ 9±2,3 лет, 1 степени АГ. Абдоминальное ожирение наблюдалось у 13 (52%) пациентов, повышенный ИМТ выявлен у 14 (56%) обследованных. Гиперхолестеринемия выявлена у 16 (64%) пациентов. Среди обследованных лиц высокий риск SCORE имелся у 7 (28%) пациентов, умеренный риск — у 10 (40%), низкий — у 8 (32%) мужчин.

Утолщение комплекса интима-медиа наблюдалось у 11 (44%) пациентов, снижение ЛПИ у 9 (36%), ЭД 6 (24%) человек. Средний показатель СРПВ был 7,9±1,1 м/с, при этом повышение СРПВ >12 м/с наблюдалось у 3 (12%) пациентов.

Среди обследованных лиц повышение СРПВ сочеталось с гиперхолестеринемией, увеличенной ТИМ (>0,9) и снижением ЛПИ (<0,9) и эндотелиальной дисфункцией (r=0,4; p<0,05). Нарушение функции эндотелия сочеталось с повышением СРПВ у 2 (8%) пациентов.

Выводы. У пациентов с АГ выявлена высокая встречаемость ранних признаков атеросклероза: у 44% утолщение интима-медиа, у 36% признаки атеросклероза сосудов нижних конечностей, у 24% эндотелиальная дисфункция и 12% признаки жесткост сосудистой стенки.

0351

ОСОБЕННОСТИ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кондратенко В.Ю.,[1] Исаева Е.Н.,[1] Морозова О.Л.,[2] Либис Р.А.[1]

[1]ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, Оренбург, Россия

[2]ГБУЗ ГКБ №1, Оренбург, Россия

Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на сегодняшний день рассматривают в качестве независимого предиктора развития сердечно-сосудистых катастроф. Общеизвестно, что при метаболическом синдроме (МС) СРПВ повышается, но остаются до конца неизученными вопросы вклада каждого компонента МС в повышение сосудистой жесткости.

Цель работы: изучить СРПВ у лиц с МС.

Материал и методы исследования: для достижения поставленной цели было обследовано 147 пациентов

из случайно сгенерированной выборки населения, прикрепленного к городской поликлинике. Обследованные были разделены на две группы: первую группу составили пациенты с МС — 79 человек; вторую (группу контроля) — лица, не имеющие МС (68 человек). Средний возраст обследуемых составил 47,9±1,1 лет. Суждение о наличии или отсутствии МС основывалось на критериях IDF (2005). Из исследования исключались пациенты, имеющие в анамнезе инфаркт миокарда, инсульт, хроническую сердечную недостаточность, тяжелые заболевания почек и печени, вторичные артериальные гипертензии (АГ). СРПВ на участке сонная артерия — бедренная артерия измерялась сфигмографическим методом аппаратно-программной приставкой «Полиспектр-12» (Нейрософт, г. Иваново). Изучались следующие показатели: СРПВ по сосудам мышечного типа (См), СРПВ по сосудам эластического типа (Сэ), Модуль прироста эластичности (упругости) для сосудов эластического типа (Еэ) и мышечного типа (Ем), соотношение См/Сэ. Данные обрабатывались с помощью пакета прикладных программ SPSS for Windows V. 20. Признаки представлены в виде M±SD. Статистическая значимость присваивалась при уровне p≤0,05.

Результаты: выявлено статистически значимое повышение СРПВ у лиц с МС при сравнении с контрольной группой по следующим показателям: См — 24,3±7,1 vs 7,2±2,5 м/с, p = 0,05; Сэ — 9,7±5,6 vs 7,1±1,4 м/с, p=0,03; Еэ — 16,5±28,9 vs 9,4±2,2 м/с, p=0,03, соответственно. У женщин СРПВ по сосудам эластического типа достоверно выше, чем у мужчин (10,6±5,2 м/с vs 8,7±3,3 м/с, p=0,03). Максимальные значения СРПВ в группе пациентов с МС зафиксированы в возрастном диапазоне 65 — 74 года. СРПВ статистически значимо коррелировала с возрастом (r=0,4, p=0,001) и со средним уровнем АДд (r=0,29, p=0,02). Корреляционная связь с другими компонентами МС не выявлена. Также нами не выявлена статистически значимая разница при сравнении СРПВ между группами лиц с МС в зависимости от наличия или отсутствия в его структуре АГ.

Выводы: таким образом, при наличии у пациента МС происходит повышение СРПВ. Раннее выявление нарушений жесткости стенки магистральных артерий позволит улучшить диагностику поражения органов-мишеней у лиц с метаболическими расстройствами, а также дать оценку эффективности лечения данной категории пациентов.

0352

СОСТОЯНИЕ КЛАПАННО-ХОРДАЛЬНОГО АППАРТА У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Кондрашова В. Г.

ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, Украина

Значимость кардиологических аспектов проблемы наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) чрезвычайно высока. В когорте детей, родившихся от лиц, облученных в детском возрасте в результате аварии на Чернобыльской АЭС, частота сочетанных малых аномалий развития сердца (МАРС) составляет около 60,0%.

Цель. Проанализировать состояние клапанно-хордального аппарата у детей, родившихся от лиц, облученных в детском возрасте в результате аварии на Чернобыльской АЭС с сочетанием пролапса митрального клапана (ПМК) и разного количества аномальных хорд левого желудочка (АХЛЖ).

Методы исследования. Полипозиционная эхокардиография в В-, М-режимах и допплерокардиография проведены 106 детям. Дети были распределены на три подгруппы: с допороговым количеством МАРС (1-я подгруппа), пороговым (2-я) и надпороговым (3-я).

Полученные результаты. Установлено, что частота ПМК I ст. достоверно не различалась при изолированном и сочетанном с АХЛЖ пролабировании МК, но в 3-й подгруппе с надпороговым количеством МАРС регистрировалось пролабирование МК III ст. (3,23%). Тотальное пролабирование МК определялось во всех подгруппах детей: в 1-й с частотой 5,26%, во 2-й — 12,5% и в 3-й — 16,13%, p>0,05. При сочетанных МАРС увеличивалось количество детей с митральной регургитацией (МР) II ст., соответственно 21,05; 39,29 та 41,93%, тогда как при изолированном пролабировании МК без миксоматозной дегенерации (МД) она не регистрировалась. С увеличением количества МАРС достоверно увеличивалась частота эксцентрического направления МР. Аналогичная закономерность касалась и наличия миксоматозной дегенерации. При надпороговом количестве МАРС частота умеренной степени МД (5-6 мм) составляла 16,13%, а минимальной (3-4 мм) — 25,81%. Обращает на себя внимание тот факт, что надпороговое количество МАРС статистически ассоциировано с аномальной тракцией папиллярных мышц. Ее частота в 1-й подгруппе составляла 5,26%, во 2-й — 8,93% и в 3-й — 48,39%, p < 0,05. Анализ особенностей эхоструктуры АХЛЖ показал, что кальциноз выявлялся только у детей с надпороговым количеством МАРС (29,03%). Практически у такого же количества детей этой же подгруппы выявля-

лось и утолщение АХЛШ (32,26% детей).

Выводы. Установлено, что изменения клапанно-хордального апарата у детей, родившихся от лиц, облученных в детском возрасте в результате аварии на Чернобыльской АЭС, при сочетании пролабирования митрального клапана и разного количества аномальных хорд левого желудочка, а именно, степень пролабирования, частота регистрации митральной регургитации, миксоматозной дегенерации створок митрального клапана, утолщение и «кальциноз» АХЛШ возрастали с увеличением количества МАРС от допорогового к надпороговому. Полученные результаты указывают на необходимость проведения динамического наблюдения детей с надпороговым количеством МАРС и разработки методов профилактики.

0353

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ

Кондрашова В. Г.

ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, Украина

Цель. Проанализировать эхокардиографические показатели сердца у детей, родившихся у лиц, облученных в детском возрасте в результате аварии на Чернобыльской АЭС с сочетанием пролапса митрального клапана (ПМК) и разного количества аномальных хорд левого желудочка (АХЛЖ).

Методы исследования. Полипозиционная эхокардиография и допплерокардиография проведены 106 детям основной группы, 20 практически здоровым детям и 24 детям группы нозологического контроля. Дети основной группы были распределены на три подгруппы: с допороговым количеством малых аномалий развития сердца (МАРС) (1-я подгруппа), пороговым (2-я) и надпороговым (3-я).

Полученные результаты. Установлено достоверное уменьшение объемов сердца у детей по мере увеличения количества МАРС. Отмечено достоверное уменьшение конечно-диастолического индекса (КДИ) до (51,18±1,17) мл/м2 у детей 3-й подгруппы (достоверные отличия с показателем практически здоровых, группы нозологического контроля и 1-й и 2-й подгрупп). Аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении конечно-систолического индекса (КСИ). Минимальное значение КСИ отмечено у детей 3-й подгруппы (16,45±0,87) мл/м2 (достоверные отличия с показателем практически здоровых, группы нозологического контроля и 1-й подгруппы). КДР и КСР у детей 3-й подгруппы был достоверно ниже, чем у детей всех других групп наблюдения.

Показатели функциональных возможностей миокарда, а именно УО, МОК и СИ у детей с сочетанными МАРС достоверно отличались от показателей практически здоровых детей. В то же время только у детей 3-й подгруппы УИ достоверно отличался от его значения у практически здоровых, соответственно (34,91±1,27) и (38,53±1,23) мл/м2. По мере увеличения количества МАРС отмечено достоверное увеличение ОПСС. Достоверных различий сократительной способности левого желудочка по показателям ФВ и ФС не выявлено.

Морфометрические показатели (ТМЖП и ТЗСЛЖ) не различались у детей подгрупп наблюдения. Диаметр левого предсердия был наибольшим у детей 3-й подгруппы, однако достоверно не отличался от показателей у детей 1-й и 2-й подгрупп.

Анализ характеристик диастолического трансмитрального потока у детей с сочетанием ПМК и разного количества АХЛЖ показал наличие начального увеличения скорости раннего наполнения (VE) и уменьшения скорости позднего наполнения (VA) и вследствие этого достоверное увеличение соотношения VE/VA по мере увеличения количества МАРС.

Выводы. Анализ эхокардиографических показателей показал их вариабельность у детей в зависимости от количества МАРС. Уменьшение УО, МОК, СИ и УИ, характерные для гипокинетического типа организации центральной гемодинамики, можно считать ранними признаками нарушения механизмов адаптациии сердечно-сосудистой системы при надпороговом количестве сочетанных МАРС.

0354

ОЦЕНКА МОТИВИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПРИЕМ НИТРАТОВ ПАЦИЕТАМИ

Конобеева Е.В., Шварц Ю.Г., Наумова Е.А., Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А., Коньшина Л.Е.

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

Цель. Определить возможности мотивирующего влияния на пациентов, применяя стандартизированные наглядные рекомендации (СНР) во время госпитализации и при выписке из кардиологического стационара через 3 и 6 месяцев.

Методы. В исследовании приняли участие 64 пациента, находящиеся на стационарном лечении в отделении кардиологии. Группа вмешательства 33 пациента, группа сравнения 31. В группе вмешательства всем пациентам были выданы СНР, содержащие подробную информацию о рекомендованных препаратах во время госпитализации и при выписке, в группе сравнения пациентам были даны при выписке рекомендации, согласно европейским и отечественным нормам. Через 3 и 6 месяцев проводился контрольный визит и заполнялся «лист-опросник». Статистическая обработка данных была выполнена при помощи пакета программ Statgraphics, Statistica версии 8.0. В расчетах использовались непараметрические методы статистического анализа.

Результаты. Средний возраст пациентов составлял 64,2 года, женщин было 33 (49,3%), мужчин — 34 (50,7%). При оценке приема определенных групп препаратов через 3 месяца после госпитализации, например нитратов, были получены следующие данные в группе вмешательства чаще отказывались от приема нитратов, чем пациенты группы сравнения: 57% и 42% соответственно (p=0,03). В частоте отказа от приема нитратов через 6 месяцев после госпитализации не было достоверных различий: в группе вмешательства перестали принимать нитраты 57%, а 43% — продолжили; в группе сравнения — отказались от лечения нитратами 67%, продолжили прием 33%. (критерий Пирсона, p=0,33).

Выводы. Выдача СНР пациентам после выписки не повлияла на регулярность приема нитратов.

0355

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ: ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.

Константинов И.М., Прокудина М.Н., Боброва Е.А., Карев Е.А., Козлов П.С., Малинина Н.П.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург

Тактика ведения пациентов с хронической коронарной окклюзией и признаками преходящей ишемии остается неясной. Одним из аргументов в пользу реваскуляризации является улучшение структурных показателей и функции левого желудочка.

Цель исследования: исследовать динамику показателей структуры и функции левого желудочка при наличии признаков преходящей ишемии у пациентов с изолированной хронической окклюзией передней нисходящей артерии (ПНА) и оценить тактику их ведения.

Материал и методы: В исследование были включены 40 пациентов с изолированной хронической окклюзией ПНА (кровоток TIMI 0-1) и признаками преходящей ишемии в зоне ее кровоснабжения по данным стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой. Пациенты были разделены на 3 группы: 12 пациентам было выполнено маммаро-коронарное шунтирование; 9 больным–ангиопластика со стентированием, 19 больных получали медикаментозную терапию. Среднее время наблюдения составило 6 лет. Эхокардиография выполнялась при помощи аппарата Philips iE33. Оценивались значения конечнодиастолического размера (КДР), конечнодиастолического объема (КДО), конечносистолического объема левого желудочка (КСО) и индекса нарушений регионарной сократимости (ИНРС). Нагрузочная проба проводилась по стандартной методике Bruce с использованием нагрузки на тредмиле. Также рассчитывался показатель разности ИНРС до и после физической нагрузки — Δ ИНРС.

Результаты: В группе пациентов без реваскуляризации отмечалось достоверное уменьшение КДР, КДО, КСО (p<0.05). В первой и второй группах показатели линейных размеров и объемные показатели левого желудочка достоверно не изменились. Фракция выброса левого желудочка, индекс нарушения регионарной сократимости достоверно не изменились ни в одной из исследуемых групп. Показатель ΔИНРС достоверно уменьшился во всех группах пациентов (p<0.05 для 1 и 3 групп, p<0.01 для 2 группы).

Заключение: Отдаленные результаты наблюдения за больными с хронической окклюзией ПНА, получавших медикаментозную терапию, свидетельствуют об улучшении показателей структуры и функции левого желудочка и уменьшении выраженности преходящей ишемии. У пациентов после реваскуляризации отмечалось уменьшение выраженности преходящей ишемии, но улучшения показателей структуры и функции ЛЖ не наблюдалось.

0356

АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЕ В КРОВИ КАК НОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОЦЕССА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Коричкина Л.Н., Доренская О.В., Чичановская Л.В., Караева Е.В., Комаров И.И.

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» Минздрава России

ГБУЗ «Областная клиническая больница», г. Тверь, Россия

Цель — оценить интенсивность ауторозеткообразования (АРО) в крови и толщину интима-медиа внутренней сонной артерии (ВСА) у больных артериальной гипертензией (АГ), осложненной ишемическим инсультом (ИИ).

Материал и методы. Обследовано 102 (мужчин-39, женщин-63, средний возраст 67,1±5,8 года) больных АГ, осложненной ИИ. Группу сравнения составил 121 (мужчин-61, женщин-60, средний возраст 63,9±5,5 года) больной АГ. Диагноз был верифицирован на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных. У больных определяли количество ауторозеток (АР) в мазках крови (окраска по Романовскому-Гимзе), за АР принимали клеточное образование, состоящее из лейкоцита (Л) или тромбоцитов с плотно прикрепленными к их поверхности тремя и более эритроцитами (Э), подсчитывали АР с экзоцитарным лизисом Э (ЭЛ). Оценивали толщину интима-медиа внутренней сонной артерии (ВСА; дуплексное исследование, аппарат PHILIPS IU-22, Голландия). Контрольную группу составили 44 здоровых лица (мужчин-21, женщин-23, средний возраст 47,45±3,9). Статистическую обработку проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты представлены в виде M±SD.

Результаты. У обследованных КГ общее число АР составило 0,75±0,21 (на 100 Л) АР, АР с ЭЛ — 53% от их общего числа, тромбоцитарные АР не выявлялись. Толщина интима-медиа ВСА была 0,88 ±0,17 мм.

У больных АГ без инсульта общее число АР составило 14,1±4,5 (p=0,001), АР с ЭЛ — 22,1% (p=0,001), тромбоцитарные АР не обнаружены. Толщина интима-медиа ВСА имела 1,15±0,19 мм (p=0,001).

У больных АГ, осложненной ИИ общее число АР составило 18,33±3,8 (все p=0,001), АР с ЭЛ — 34,2% (по отношению к КГ p=0,049), впервые обнаружены тромбоцитарные АР (5,33±2,3; 30% от общего числа АР) и палочкоядерные АР (1,3±0,98; 7%). При тяжелой степени ИИ отмечено резкое увеличение количества АР до 23,4± 5,1 (все p=0,001) за счет тромбоцитарных АР. Толщина интима-медиа ВСА была равна 1,4±0,23 мм (все p=0,001).

Выводы:

1. У больных АГ, осложненной ИИ, выявлено существенное увеличение общего числа АР и толщины интима-медиа внутренней сонной артерии, по сравнению с больными неосложненной АГ и здоровыми лицами.

2. Появление в крови палочкоядерных и тромбоцитарных АР при ИИ, свидетельствует об активной воспалительной реакции в мозговой ткани и микрососудах, что способствует нарушению микроциркуляции в головном мозге.

3. Нарастание числа АР параллельно толщины интима-медиа ВСА при АГ отражает участие АРО в процессе ремоделирования сосудов и может считаться одним из факторов сосудистого риска.

0357

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В КАРЕЛИИ

Корнева В.А., Кузнецова Т.Ю.

ФБГОУ ВПО Петрозаводский государственный университет, Россия

Диагностика и коррекция дислипидемии в России остаются неадекватными. Семейная гиперхолестеринемия (СГХС) — наследственное заболевание, характеризующееся высоким содержанием в плазме крови липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и высоким риском развития ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель: изучить особенности клинических проявлений ИБС и приверженность к терапии статинами у пациентов с СГХС в Карелии.

Материалы и методы: обследовано 196 пациентов с СГХС, генетическое обследование выполнено у 109 человек (55,6%). Всем пациентам выполнялась: оценка липидного спектра, глюкозы, ЭКГ, эхокардиоскопия, триплексное сканирование брахицефальных сосудов и нижних конечностей, велоэргометрия, по показаниям — коронарография. Средний возраст обследованных 48±2,3 лет, 31% мужчин. Диагноз СГХС устанавливали по критериям Simon Broom.

Результаты: у 54-х пациентов (27,5%) диагностирована ИБС: стенокардия напряжения 2 и 3 функционального класса (ФК) у 20-ти пациентов (10,2%), острый инфаркт миокарда (ОИМ) — у 29-ти человек (14,8%), у 11-ти пациентов (5,6%) — аритмическая форма ИБС. Средний возраст дебюта ИБС составил 45,6 лет, частота дебюта ОИМ у пациентов с СГХС до 40 лет 26,3% , в возрасте 40-55 лет — 39,2%. Таким образом, у 65,5% пациентов первый ОИМ развился в возрасте до 55 лет. Наиболее частая локализация ОИМ была передняя стенка левого желудочка (55%), задние ОИМ перенесли 31% пациентов, у 14% был циркулярно-верхушечный ОИМ. В 51,7% ОИМ были трансмуральные, повторные ОИМ перенесли 24,1% пациента. Осложненное течение ОИМ отмечалось в 13,8%: отек легких в 3,5% случаев, аневризма левого желудочка в 7,9%, распространение ОИМ на правый желудочек у 3,4%, злокачественные нарушения ритма у 7,9% .

У 18-ти пациентов выполнена коронарография. У 4-х пациентов (22,2%) выявлено стенозирующее поражение правой коронарной артерии, стенозирующее поражение преимущественно в бассейне левой коронарной артерии выявлено у 8 (44,4%) пациентов, у 6 (33,3%) был многососудистый характер поражения. В 44,4% выполнены реконструктивные операции на коронарных сосудах.

Постоянный прием статинов продолжают 53,5% пациента. Целевые цифры липидного спектра на фоне терапии статинами были достигнуты в 27%, причины не достижения целевых цифр: выраженная дислипидемия и неэффективность монотерапии 22,3%, невозможность применения максимальных доз статинов (трансаминиты, миалгии) 45,7%, социальных причин (27%).

Выводы: 1. Частота ИБС при СГХС 27,5%, наиболее часто в 14,8% — ОИМ, средний возраст дебюта ИБС 45 лет. 2. В 33,3% при СГХС выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. 3. У 65,5% пациентов первый ОИМ развился в возрасте до 55 лет, наиболее частая локализация ОИМ передняя стенка левого желудочка (55%), повторные ОИМ перенесли 24,1% пациента, осложненное течение ОИМ в 13,8%. 4. Постоянный прием статинов продолжают 53,5% пациента с СГХС, целевые цифры липидного спектра на фоне терапии статинами были достигнуты только в 27%.

0358

СВОЕОБРАЗИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В КАРЕЛИИ

В.А. Корнева,[1] Т.Ю. Кузнецова,[1] М.Ю. Мандельштам,[2] В.Б. Васильев[2]

[1]ФБГОУ ВПО Петрозаводский государственный университет,

[2]ФГБУ «НИИЭМ» СЗО РАМН, Россия

Семейная гиперхолестеринемия (СГХС) — наследственное заболевание, характеризующееся высоким содержанием липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и высоким риском развития ИБС. В России не достаточно изучены особенности СГХС в этнических группах. Цельданного исследования изучить генетические особенности и клинические проявления СГХС в Карелии.

Материалы и методы: Обследовано 196 пациентов с СГХС. Выполнялось: липидный спектр, глюкоза, гормоны щитовидной железы, ЭКГ, суточный монитор ЭКГ, эхокардиоскопия, ультразвуковое исследование (УЗ) сосудов, велоэргометрия. Диагноз СГХС устанавливали по критериям Simon Broom. Генетический анализ выполнен у 109 пациентов (55,6%), проведен автоматизированный флуоресцентный SSCP-анализ, ПДРФ-анализ и прямое секвенирование ДНК на гелевом секвенаторе "ALFExpress-2" с использованием программы "ALFWIN Sequence Analyzer". Исследована вся кодирующая область гена рецептора ЛПНП и осуществлен поиск мажорных мутаций в генах APOB и PCSK9.

Результаты: Определенная СГХС диагностирована у 136 (69,4%) пациентов, вероятная СГХС у 30,6% пациентов. Средний возраст обследованных 48±2,3 лет. Мужчин 31,3%. Колебания показателей липидного спектра составили: ОХС от 8,5 до 16 ммоль/л, ЛПНП от 4,9 до 11 ммоль/л, ТГ от 1,7 до 3,8 ммоль/л, ЛПВП от 0,9 до 2 ммоль/л. Липоидная дуга была выявлена только в 26%, сухожильные ксантомы в 17,3%, ксантелазмы век в 34,9%. В 27,5% была диагностирована ИБС (стенокардия напряжения в 10,2%, ОИМ в 14,8%, 5,6% аритмическая форма). В 26,3% выявлены признаки стенозирующего поражения артерий по УЗ, в 6,1% в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей диагностирован в 4,6%. В ходе генетического исследования пациентов с СГХС в гене рецептора ЛНП было иденти-фицировано 13 мутаций: p.G20R, c.192del10/ins8, c. 195-196insT, p.S206R, c.925-931del7, p.S447C, p. I398I, p. L426P, L511S, c.1686del8/insT, p.L646I, p. N640N, c.2191delG, семь из которых — впервые в мире. Все мутации были найдены в уникальных семьях и не встречались повторно, что говорит об отсутствии эффекта основателя в Карелии. Мажорных мутаций в генах APOB и PCSK9 выявлено не было. "Финские" мутации в гене рецептора ЛНП не характерны для жителей Карелии: мутация FH-Helsinki не была выявлена, мутация FH-North Karelia (c.925-931del7) была выявлена лишь в одной семье из 100 обследованных. Эта единственная мутация была общей с популяцией г. Санкт Петербурга.

Выводы: 1. Наиболее часто при СГХС поражаются коронарный (27,3%) и церебральный (26,3%) бассейны. 2. «Стигмы» СГХС встречаются редко: липоидная дуга в 26% случаев, сухожильные ксантомы в 17,3%, ксантелазмы век в 34,9% и не являются единственными признаками, позволяющими диагностировать СГХС. 3. Генетические особенности СГХС в Карелии: отсутствие эффекта основателя, низкая частота встречаемости «финнских» мутуций, своеобразие генетического фона — 7 мутаций описаны впервые в мире.

0359

ПОКАЗАТЕЛИ СМАД И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В КОРРЕКЦИИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Корнилов Л.Я., Мишина И.Е., Гудухин А.А., Михайловская Т.В., Новожилова С.В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия; МБОУ ГКБ № 3, Иваново, Россия

С целью определения роли СМАД в диагностике, подборе гипотензивной терапии и прогнозировании течения АГ обследовано 84 больных АГ. Средний возраст составил 50±2,3 года. Длительность АГ по анамнезу составила в группе мужчин в среднем 7,6±0,8 года. Среди сопутствующей патологии наиболее часто выявлялась ИБС. Среднее значение уровня АД при поступлении составило 168,1±3,8/99,1±2,1 мм рт.ст., ЧСС — 76,6±1,3 ударов в минуту. СМАД проводили с помощью аппарата МДС-НС-02 с последующей компьютерной обработкой данных. Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследований. Анализ показателей СМАД выявил повышение показателя индекса времени (ИВ) САД и ДАД, что может являться фактором риска поражения органов мишеней. При этом установлено, что повышение ИВ САД и ИВ ДАД в дневное время отмечалось у 47,6%, а в ночное время у 65,1% пациентов.

Суточный индекс (СИ) САД 10-22% (диппер) наблюдался у 49,3% больных, менее 10% (нон-диппер) — у 36,1%, свыше 22 % (овер-диппер) — у 6,2%.

При последующем анализе выделена группа пациентов (17,3%), имеющих отклонения показателей суточной вариабельности САД и ДАД, являющихся предикторами цереброваскулярных и коронарных событий.

Всем больным с АГ проводился подбор антигипертензивной терапии с учетом результатов СМАД. Наиболее часто применялись препараты группы иАПФ (66,7%) и β-блокаторы (75,8%). На фоне терапии отмечалось улучшение общего состояния больных и нормализация показателей гемодинамики.

Резюмируя результаты исследования, можно сказать, что по степени ночного снижения АД большинство больных соответствовало группе «диппер». Чрезмерное ночное снижение АД выявлялось у 8,7% пациентов, а недостаточное снижении АД в ночные часы отмечено примерно у трети больных. Проведение СМАД на ранних

этапах стационарного лечения больных АГ позволяет в определенной степени корригировать проводимую гипотензивную терапию в плане дозировки препаратов и суточного ритма их назначения. По уровню суточной вариабельности САД и ДАД 15,5% пациентов отнесены к группе риска по развитию неблагоприятных цереброваскулярных и коронарных событий, а по показателю индекса времени САД и ДАД риск развития поражений органов мишеней имели примерно половина обследуемых больных.

0360

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ

Королюк О. Я.

ЛНМУ им. Данилы Галицкого, Львов, Украина

Цель: установить особенности нарушений структуры и функции сердца при ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с впервые выявленной гипергликемией.

Методы исследования: обследовано 116 больных ИБС (51женщина, 65 мужчин) в возрасте от 37 до 84 лет (медиана 63), из них 36 со стабильной стенокардией, 80 — с острым коронарным синдромом. В основную группу включено 92 пациента с впервые выявленной гликемией (≥6,1 ммоль/л в плазме), в группу сравнения — 24 больных с нормальной регуляцией обмена глюкозы (НРГ). После проведения орального глюкозотолерантного теста с параллельным определением инсулина (DRG Instrumentals GmbH, Германия) у 23 лиц установлено повышение гликемии натощак (ПГН), у 21 — нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у 24 — ПГН + НТГ — комбинированное нарушение (КН), у 24 — сахарный диабет (СД) по критериям ВОЗ (1999). Раннюю фазу секреции инсулина оценивали по инсулиногенному индексу (ИИ), периферическую чувствительность тканей к инсулину — по индексам Cederholm, Gutt и DeFronzo. Трансторакальную допплерэхокардиографию проводили согласно с рекомендациями Американского общества эхокардиографии (2004) на аппарате Kontron Sigma 44 (Франция). Статистический анализ осуществляли с помощью программы «Statistica for Windows 6.0» (Statsoft, USA). Полученные результаты. В группах с гипергликемией натощак чаще выявляли гипертрофию левого желудочка (ПГН — 65,2%, КН и СД — 66,7% vs. 33,3% при НРГ, $p<0,04$), а в группах с постпрандиальной гипергликемией — дилатацию левого предсердия (КН — 79,2%, СД — 70,8% vs. 33,3% при НРГ и 47,8% при ПГН, $p<0,05$), увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) (НТГ — 95,2%, КН — 87,5%, СД — 100% vs. 66,7% при НРГ, $p<0,03$), его дилатацию (НТГ — 61,9%, КН — 54,2%, СД — 62,5% vs. НРГ — 25,0%, ПГН — 26,1%, рНТГ–НРГ,ПГН=0,035, рКН–НРГ,ПГН=0,075, рСД–НРГ, ПГН =0,019) и эксцентрические типы геометрии (НРГ — 50%, ПГН — 47,8%, НТГ — 61,9%, КН — 83,3%, СД — 95,8%, рКН,СД–НРГ,ПГН<0,05). Диастолическая дисфункция (ДД) гипертрофического или псевдонормального типа диагностирована у 77,6%, а снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) преобладало у лиц с постпрандиальной гипергликемией. Выявлены корреляционные связи между ИИ и размером левого предсердия (РЛП) (τ=-0,12, p=0,048), ММЛЖ (τ=-0,14, p=0,024), его конечно-диастоличеким размером (КДРЛЖ) (τ=-0,20, p=0,002), наличием эксцентрических типов геометрии (τ=-0,21, $p<0,001$) и степенью снижения ФВЛЖ (τ=-0,14, p=0,021). Индексы Cederholm, Gutt и DeFronzo коррелировали с РЛП (τ=-0,17, τ=-0,15, τ=-0,17 соотв., $p<0,01$), ММЛЖ (τ=-0,27, τ=-0,24, τ=-0,20, $p\leq0,001$), КДРЛЖ (τ=-0,23, τ=-0,21, τ=-0,19, $p\leq0,01$), наличием эксцентрических типов геометрии (τ=-0,24, τ=-0,25, τ=-0,18, $p\leq0,01$), ДД (τ=-0,19, τ=-0,17, τ=-0,19, $p<0,02$) и степенью снижения ФВЛЖ (τ=-0,19, τ=-0,19, τ=-0,16, $p\leq0,01$).

Выводы. При постпрандиальной гипергликемии значительно чаще выявляется ремоделирование левого желудочка с дилатацией, сочетание диастолической дисфункции со снижением ФВЛЖ. Дилатация левых камер сердца ассоциируется со снижением ранней секреции инсулина и нарушением чувствительности к нему периферических тканей.

0361

ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ БЕРЛИНСКОГО ОПРОСНИКА И ШКАЛЫ ЭПВОРТА У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Коростовцева Л. С., Семенов А. П., Ваулина Д. А., Кравченко С. О., Цой У. А., Свиряев Ю. В., Звартау Н. Э., Гринева Е. Н., Конради А. О.

ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — оценка прогностического значения берлинского опросника и шкалы Эпворта у больных акромегалией для определения риска выявления нарушений дыхания во время сна.

Материалы и методы. В исследование включены 32 больных [4 мужчин и 28 женщин; средний возраст — 55 (51,1-61,2) года; ИМТ 28,7 (27,2-30,3) кг/м2]активной, не леченнойранее акромегалией с длительностью анамнеза 3 (0,9-36,4) месяца от момента установления диагноза. Всем больным выполнена полная полисомнография (EmblaN7000, Natus, US). Диагностика нарушений дыхания во сне проводилась при индексе апноэ-гипопноэ (ИАГ) ≥ 5 эпизодов в час сна в соответствии с рекомендациями американской ассоциации медицины сна (2009). Также все больные заполняли Берлинский опросник, оценка дневной сонливости проводилась по шкале Эпворта. При положительном значении 2 и более категорий по берлинскому опроснику и более 10 баллов по шкале Эпворта вероятность наличия нарушений дыхания во время сна расценивалась как высокая.

Результаты. Среди обследованных у 11 женщин [средний возраст 46 (35,7-61,2) лет] нарушения дыхания во сне не были выявлены, ИАГ составил 3,2 (1,7-4,4) эпизода в час сна; у 21 больного [4 мужчин и 17 женщин, средний возраст — 57 (53,0-67,5) лет] выявлены нарушения дыхания во время сна различной степени тяжести с ИАГ 42,1 (25,6-49,7) эпизодав час сна.По Берлинскому опроснику у 20 человек определена высокая вероятность наличия нарушений дыхания во сне, подтвержденных у 16 человек по результатам полисомнографического исследования (χ^2=5,9;p=0,02). По шкале Эпвортавысокая дневная сонливость выявлена у 11 опрошенных, из них у 8 больных синдром апноэ во сне был подтвержден инструментально (χ^2=0,4; p=0,7).

Заключение. Согласно результатамнастоящего исследования, Берлинский опросник обладает большей прогностической ценностью в выявлении синдрома апноэ во время сна, по сравнению с опросником Эпворта, у больных акромегалией и может применяться для первичной оценки риска наличия нарушений дыхания во время сна.

0362

КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Коршунов В.В., Корниенко А.А., Чудинов Г.В., Дюжиков А.А., Терентьев В.П.

Кардиохирургический центр ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону

Кафедра внутренних болезней № 1 ГБОУ ВПО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Значительная распространенность ХСН обусловливает высокую смертность кардиологических больных и требует чрезвычайно больших затрат на лечение. В последние годы отмечен рост числа пациентов с ХСН, имеющих постоянную форму фибрилляции предсердий (ФП). Одним из методов лечения этой проблемной категории пациентов рассматривается кардиоресинхронизирующая терапия (КРТ). Вместе с тем, если атриовентрикулярное (АВ) проведение при этом скомпрометировано, и пациент имеет брадикардитическую форму ФП, то эффективность КРТ приближена к 100%, но если пациент имеет тахисистолическую форму ФП, то эффективность КРТ снижена. В связи с этим актуальным остается вопрос об эффективности КРТ и выборе оптимальных режимов стимуляции у пациентов с ФП.

Цель исследования — оценить ближайшую и отдаленную эффективность КРТ у пациентов с ФП. В исследование включено 20 пациентов с ХСН в возрасте 52,5±5,9 лет. Ишемическая кардиомиопатия имела место у 11 пациентов, неишемический генез кардиомиопатии — у 9. У 14 пациентов имелась ХСН III ФК по NYHA, у 6 — IV ФК. Все пациенты получали стандартную адекватную фармакологическую терапию до и после операции.

Первая имплантация КРТ устройства выполнена в ноябре 2005 года. 15 пациентам имплантированы КРТ системы InSync III, 5 больным в связи с желудочковой тахикардией и сердечно-легочной реанимацией в анамнезе — InSync III Protect. Все пациенты были постоянной тахисистолической формой ФП (20 пациентов), по поводу которой 20 пациентам в сроках до 3 мес. после имплантации КРТ выполнена радиочастотная аблация (РЧА) АВ соединения.

Оценка эффективности КРТ проводилась в динамике в сроке 3 мес. и 2 лет после вмешательства. В обеих контрольных точках проводилось амбулаторное обследование пациентов, включающее, помимо оценки клинических данных, изучение эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей сократительной функции сердца и межжелудочковой диссинхронии.

На фоне СРТ, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после вмешательства отмечено статистически значимое (p=0,028) снижение ФК ХСН в среднем с 3,2 до 2,1. Динамика ЭхоКГ в виде улучшения изучаемых показателей сократительной функции сердца и межжелудочковой диссинхронии уже в ближайшие сроки после вмешательства и дальнейшего их прогрессивного улучшения на протяжении последующих 2 лет наблюдения.

В отдаленном периоде после имплантации КРТ систем отмечалась положительная динамика клинического состояния, показателей кардиогемодинамики, толерантности к нагрузке, улучшалось качество жизни. Таким образом, пациенты с ФП и ХСН высокого функционального класса при наличии признаков диссинхронии являются кандидатами для высокоэффективной КРТ, а выполнение операции радиочастотной аблации АВ-соединения для контроля частоты сердечных сокращений является оправданной.

0363

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ВАРИАНТОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Коршунов В.В., Чудинов Г.В., Терентьев В.П.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра внутренних болезней с основами общей физиотерапии № 1

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции. г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальным является изучение желудочкового асинхронизма у пациентов с ХСН, в том числе при электрокардиостимуляции (ЭКС) верхушки ПЖ, и его отрицательного влияния на сократительную функцию миокарда. Целью исследования явилась сравнительная оценка и детальный анализ преимущества постоянной альтернативной ЭКС в области дистальной порции пучка Гиса, начального участка системы Гиса-Пуркинье с физиологической активацией желудочков в сравнении с апикальной ЭКС.

Альтернативные зоны позиционирования электрода в ПЖ для постоянной ЭКС предприняты у 53 пациентов с нарушениями АВ-проведения на фоне ХСН в возрасте 48-72 лет. Размещение электрода в парагисиальной области выполнено 18 пациентам с постоянной брадиформой ФП, 12 пациентам с постоянной тахиформой ФП в сочетании с радиочастотной аблацией АВ-соединения, а также 23 больным с АВ-блокадой II-III степени. Контрольную группу составили 70 пациентов на фоне ХСН со стимуляцией верхушки ПЖ.

За время наблюдения пациентов при ЭКС альтернативной парагисиальной области средняя продолжительность QRS комплекса равнялась 124±28 мс, что было меньше длительности QRS при апикальной ЭКС (168±24мс) и больше исходного QRS (91±33 мс). Эхокардиографическое исследование проводилось всем пациентам после имплантации, через 6, 12 и 24 месяцев. Детальный анализ полученных данных эхокардиографического исследования позволил установить, что межжелудочковая задержка в группе пациентов с выполнением апикальной ЭКС была существенно выше в сравнении с группой больных с альтернативной стимуляцией (47,2±19,2 мс и 34,2±18,4 мс соответственно). Различия по показателям фракции выброса были незначительными и составили 50,4±8,2% при апикальной ЭКС и 53,1±8,1% в случае альтернативной области. Степень митральной регургитации при парагисиальной стимуляции составила 1,2±0,8, что оказалось существенно ниже показателей апикальной стимуляции (1,9±0,9 мс).

Постоянная ЭКС с парагисиальным позиционированием электрода является предпочтительной альтернативой апикальной электрокардиостимуляции. При наблюдении за пациентами в течение 12-24 месяцев установлено, что при постоянной ЭКС парагисиальной области могут получены нормальная морфология комплекса QRS с уменьшением степени межжелудочковой диссинхронии. Вышеизложенное позволяет рассматривать альтернативную парагисиальную область как приоритетный метод физиологической ЭКС у пациентов с признаками левожелудочковой дисфункции и сохранным внутрижелудочковым проведением при показаниях к желудочковой ЭКС.

0364

ЛИДИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТРУДОСПОСОБНЫХ ЖЕНЩИН 35-55 ЛЕТ

Корягина Н.А.,[1,2] Василец Л.М.,[1] Туев А.В.,[1] Петрищева А.В.[1]

[1]ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

[2]ООО «Клиника женского здоровья», Пермь, Россия

Вопросами женского здоровья должны заниматься акушеры-гинекологи — такова наиболее распространенная реакция общества. Сторонники этой точки зрения, сводящей все женское здоровье к репродуктивному, вольно или невольно повторяют германского императора Вильгельма о роли женщины в истории — церковь, дети, кухня. При этом во многих регионах мира, да и в России, женщины стали одной из основных производительных сил общества.

Цель: изучить распростаренность факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у трудоспособных женщин 35-55 лет.

Материалы и методы: исследование проводилось в г. Перми на базе частной клиники ООО «Клиника женского здоровья» совместно с сотрудниками ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава России. В 2009-2011 годах у кардиолога осмотрены и обследованы 300 человек, внимание привлекли трудоспособные женщины. Всего обследовано 150 пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального периода, средний возраст — 43,10±0,82 лет. Критерии включения: трудоспособные женщины в возрасте от 35 до 55 лет; занятость на предприятиях г. Перми; письменное согласие на обработку персональных данных респондента, согласно ФЗ № 152 «О персональных данных»); информированное согласие на медицинское вмешательство. Изучены основные модифицируемые ФР ХНИЗ: курение, наличие артериальной гипертонии (АГ), превышение целевого значение общего холестерина (О-ХС) крови свыше 4,5 ммоль/л при наличии ССЗ и 5,0 ммоль/л у лиц без кардиопатологии, индекса массы тела (ИМТ) свыше 25 кг/м^2, глюкозы крови больше 5,5 ммоль/л. Оценка психологического статуса проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), субклиническая зона с 7 до 10 баллов, клиническая — с 11 баллов.

Результаты: превышение целевого уровня О-ХС — у 77,4%, при этом у 60% более 6,0 ммоль/л, далее следовали: избыточная масса тела, включая ожирение — 58,1%, наличие тревоги — 57,2% (субклиническая в 80% случаев и клиническая — 20%). АГ 43,7% женщин, что заняло четвертое место по распространению из всех факторов риска. Наличие депрессии — у 23,7% (субклиническая 70%, клиническая 30%), превышение целевого значения глюкозы — у 40,5%, при этом был впервые диагностирован сахарный диабет у 11 % респонденток. Курение оказалось наиболее редким ФР среди женского пола — 13%. Впервые выявленная ишемическая болезнь сердца у 12% респондентов.

Выводы: Необходимо обратить внимание на высокую распространенность тревожно-аффективных расстройств как одного из лидирующих факторов риска и распознавания тревожного этапа или продрома аффективного расстройства для предупреждения более сложных клинических явлений. Избыточная масса тела, ожирение, нарушение толерантности к глюкозе — это модифицируемые ФР ХНИЗ, для борьбы с которыми необходимо проведение непрерывной работы с трудоспособными гражданами, пропаганда принципов правильного питания и профилактики гиподинамии.

0365

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Корягина Н.А., Василец Л.М., Туев А.В., Петрищева А.В., Григориади Н.Е.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Цель: оценка показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) у женщин среднего возраста с климактерическим синдромом (КС) в зависимости от гемодинамических типов микроциркуляции (ГТМ).

Методы: респонденты разделены на 2 группы (гр.). 1 гр. — 25 женщин (жен.), 50,1 ± 2,4 лет в состоянии менопаузы, имеющие признаки КС (уровень фолликулостимулирующего гормона в крови более 31 МЕ/л), наличие артериальной гипертензии (АГ) II стадии, 1-2 степени повышения артериального давления (АД). 2 гр. — 15 жен. с АГ II стадии, 1-2 степени, 47,6±5,1 лет с сохраненной менструальной функцией. Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался метод лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). По результатам исходной ЛДФ-граммы и окклюзионной пробы (ОП) оценивался ГТМ, являющийся показателем для итоговой оценки микроциркуляторных нарушений. Для оценки ВРС проводилось суточное мониторирование ЭКГ системы «Astrocard Holtersystem Elite» (Россия).

Результаты. При анализе ЛДФ-грамм у 1 гр. отмечалось снижение показателя микроциркуляции в 1,3 раза, возрастание как нейрогенного (НТ), так и миогенного сосудистого тонуса (МТ) в 0,8 раза (p=0,048) по сравнению со 2-ой гр. Увеличение показателя шунтирования у женщин с КС на 50% (p=0,003). При анализе максимальных амплитуд (А) спектра колебаний кровотока у женщин 1 гр. А эндотелиального диапазона колебаний уменьшалась на 43% (p=0,007). А максимальных колебаний в нейрогенном и миогенном диапазонах снижались, что согласуется с динамикой показателей МТ и НТ. А пульсовых колебаний снижалась у пациенток с эстрогенодефицитом относительно 2 гр. на 41% (p=0,003), что свидетельствует об уменьшении притока крови в артериальное русло. Отмечены различия в частоте выявления ГТМ в зависимости наличия КС. В группе АГ: 47% составил нормоциркуляторный, 18% — гиперемический, 23% — спастический, 12% — застойно-спастический ГТМ. Среди пациенток АГ с КС: у 14,5 % — нормоциркуляторный, у 18% — спастический, у 41,2% — застойно-спастический, у 26,3% — гиперемический ГТМ (p=0,012). Временной анализ ВРС: при оценке показателя SDNN у женщин АГ с КС и имеющих патологические типы микроциркуляции отмечалось снижение общей ВРС на 20% (p=0,001). В 1-ой гр. уменьшение pNN50 на 45% у женщин с патологическими ГТМ и на 34% раза у женщин с нормоциркуляторным типом, по сравнению со 2 гр. Показатель общей мощности спектра (Tp) был снижен на 30% в 1 гр., низкочастотные колебания (LF) уменьшились на 56%, снижение HF на 41% (p=0,041). Коэффициент, характеризующий вегетативный баланс (LF/HF), у женщин с АГ и КС был увеличен в среднем на 24,1%, и составил 4,1.

Выводы. 1. У женщин с АГ в менопаузе снижается общий показатель микроциркуляции, возрастает нейрогенный и миогенный тонус сосудов, снижаются максимальные амплитуды эндотелиального и пульсового диапазона колебаний; преобладает застойно-спастический ГТМ. 2. Имеется снижение вариабельности ритма сердца, как по временным, так и по спектральным показателям.

0366

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Корягина Н.А.,[1,2] Василец Л.М.,[1] Григориади Н.Е.,[3] Туев А.В.,[1] Петрищева А.В.[1]

[1]ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

[2]ООО «Клиника женского здоровья», Пермь, Россия

[3]Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия

Цель: оценить частоту выявления безболевой ишемии миокарда (БИМ) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в менопаузе, не имеющих клинических признаков стенокардии.

Методы: 35 респондентов женского пола в менопаузе с АГ I-II стадии обследованы в г. Перми на базе частной медицинской клиники ООО «Клиника женского здоровья» (далее Клиника), работающей в системе обязательного медицинского страхования по г. Перми. Средний возраст составил 50,1 ± 2,4 лет (от 42 до 55 лет). При

этом I стадия была диагностирована у 12 человек (чел.), II стадия — 23 чел. Пациентки обращались в Клинику самостоятельно к кардиологу, либо были направлены от гинеколога-эндокринолога. Суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ) выполняли амбулаторно в условиях обычной профессиональной активности с использованием системы «Astrocard Holtersystem Elite» (Медитек, Россия). Критерием БИМ считалось горизонтальное или косонисхоящее смещение сегмента ST не менее чем на 1 мм от изолинии через 80 и более миллисекунд от точки j продолжительностью более 1 минуты при отсутствии болевого синдрома. Во время исследования пациенты вели дневник, в котором отмечали изменения самочувствия, учитывающиеся в последствие при анализе. Мониторирования артериального давления (АД) проводилось портативным монитором «Bp Lab» («Петр Телегин», Россия) по общепринятым методикам. Для оценки гипертрофии левого желудочка проводилась эхокардиография на аппарате General Electric «LOGIQ P5 Expert» (США,2010 г.). Все респондентки получали стандартную гипотензивную терапию, включающую блокатор рецепторов ангиотензина II и тиазидный диуретик с коррекцией дозировки с зависимости от уровня АД.

Результаты: в ходе исследования у больных I стадии АГ эпизодов БИМ обнаружено не было. При АГ II стадии БИМ была выявлена у 51,2%. Наибольшие количество и длительность эпизодов БИМ и отмечалась у женщин с типом суточного профиля АД night-peaker/non-dipper (38,9%) по сравнению с теми, кто имел тип суточного профиля АД over-dipper (15,5%) и dipper (24,7%). Среднесуточные, среднедневные и средненочные значения АД, а также индекс времени указанных показателей достоверно выше у пациенток с наличием БИМ.

Выводы. 1. Высокий уровень систолического и диастолического АД, недостаточная степень снижения АД в ночное время, способствуют возникновению эпизодов БИМ у женщин с АГ II стадии, и являются прогностически неблагоприятными факторами. 2. Необходимо проведение СМ ЭКГ в амбулаторных условиях женщинам среднего возраста в менопаузе с АГ, имеющим поражение органов мишеней, а также наличие высоких цифр АД для выявления пациентов группы риска по развитию сердечно-сосудистых осложнений и решения вопроса об антиангинальной терапии.

0367

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА И НЕОБХОДИМОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ

Корягина Н.А.,[1,2] Василец Л.М.,[1] Туев А.В.,[1] Петрищева А.В.,[1] Григориади Н.Е.[1]

[1]ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия; [2]ООО «Клиника женского здоровья», Пермь, Россия

Цель.

1. Изучить артериальной гипертензии (АГ) и других модифицируемые факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), уровень тиреотропного гормона (ТТГ) у трудоспособных среднего возраста, изучить их взаимосвязи.

2. Оценить необходимость и комплайнс в проведении программ лечебной физкультуры (ЛФК) при ФР ССЗ.

Материал и методы исследования. Одномоментное исследование организованной популяции при проведении медицинского осмотра на базе ООО «Клиника женского здоровья», работающей в системе обязательного медицинского страхования, у служащих г. Перми, сплошным методом на основании поименного списка работников. Программа включала: анкеты выявления ФР ССЗ, измерение АД, степень АГ оценивали в соответствии с рекомендациями ВНОК 2010 г, изучали уровень ТТГ. Анкета по программе ЛФК: согласие на занятия ЛФК с инструктором, оценка уровня физического здоровья, рациона питания, оценка общего двигательного режима. При обработке данных использовали STATISTICA 6,2.

Результаты исследования. Всего 360 человек, из них 160 мужчин (44%). Средний возраст — 45,39±5,61лет. Средний уровень систолического артериального давления (САД) — 130,58±16,52мм рт.ст., диастолического (ДАД) — 86,35±16,63мм рт.ст. Распространенность АГ- 40%. Общий холестерин (О-ХС) — 5,32±1,1 ммоль/л, превышение целевого уровня (≥5,0 ммоль/л) зафиксировано у 52% обследованных. При О-ХС<5,0 ммоль/л среднее значение САД составило 127,99±17,1мм рт.ст. и ДАД 84,93±17,88 мм рт.ст., против САД 131,99±16,63 и ДАД 86,93±16,93 в группе с О-ХС более 5,0ммоль/л($p<0,001$). АГ имеетс у лиц с повышенным уровнем О-ХС — 42% против 31% при целевом значении О-ХС ($p<0,005$). Курили 40%, среди них мужчин 80,5% и женщин 12,5%. Нормальный ИМТ у 42%, при этом избыточная масса — у 38%, ожирение- 20%. Выделено три группы: 1-я — ТТГ в пределах нормальных значений (0,4-4,0 мЕд/л) — 78%, 2-я — ТТГ ‹0,4мЕд/л — 8% и 3-я ТТГ ›4,0 мЕд/л — 14%. АГ у лиц с повышенным ТТГ, чем с нормальным — 67,1% против 31,2% ($p<0,05$). Имеется вза-

имосвязь средней силы между значениями ТТГ и О-ХС, показателями САД и ДАД (p<0,05). Программа анкетирования ЛФК: согласие на индивидуальные занятия с инструктором — 100%; уровень физического здоровья — 3,48±1,22 баллов; рацион питания: завтрак у 22%, обед у 56%, ужин у 98%; оценка общего двигательного режима за сутки — у 12% 6 часов активности, у 38% — 4,5 часа, у 50% — менее 3 часов в день.

Выводы. 1. Лидирующие факторы риска ССЗ — избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия в 40% и курение. 2.Необходимо оценивать тиреоидный статус для ранней коррекции и снижения нежелательных эффектов на сердечно-сосудистую систему. 3. Выявлена потребность в коррекции таких ФР как гиподинамия, ожирение, находящихся на первом месте по распространенности, с помощью программ ЛФК.

0368

К ВОПРОСУ О ВЫЯВЛЕНИИ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО- АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЕ

Корягина Н.А.,[1,2] Василец Л.М.,[1] Петрищева А.В.[1]

[1]ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

[2]ООО «Клиника женского здоровья», Пермь, Россия

Цель: выявление распространенности тревожно-депрессивных нарушений у женщин, работающих на государственной службе в Пермском крае.

Материалы и методы: исследование проводилось в г. Перми на базе частной медицинской клиники ООО «Клиника женского здоровья» (далее Клиника), работающей в системе обязательного медицинского страхования, совместно с сотрудниками ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера» Минздравсоцразвития России. В 2009-2011 годах у кардиолога осмотрены и обследованы более 1000 человек, внимание привлекли женщины, занимающие должности в сфере государственной службы. Пациентки обращались в Клинику самостоятельно для консультации и проведения обследований, при этом могли иметься жалобы на заболевания сердечно-сосудистой системы. Проведены: клинико-психопатологический тест с использованием скрининговой анкеты («CAB-PAC»), госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, визуально-аналоговых шкала для оценки (ВАШ): самочувствия в целом (СЦ), эмоционального состояния (ЭС), физического самочувствия (ФС), рабочей трудоспособности (РТ), домашней трудоспособности (ДТ), профессиональной деятельности (ПТ), где 100% — полная удовлетворенность.

Результаты: обработано 114 анкет. В 1 группе со стажем на государственной службе 0-10 лет (58 человек, средний возраст 32,37±5,61лет) 60,2% положительный скрининг, по HADS: тревога 8 баллов, депрессия — 7 баллов; в 2 группе со стаже более 10 лет (56 человек, средний возраст — 45,87±7,61лет) 74,5% положительный скрининг, по HADS: тревога 12 баллов, депрессия — 5 баллов, У всех исследованных женщин отмечалось увеличение личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ); в группе пациенток с тяжелой и умеренной депрессия изменения по уровню ЛТ были выражены в наибольшей степени в обеих группах. В 1 группе имелось более выраженное снижение ДТ, ПТ, но отмечались лучшие показатели СЦ, ЭС, РТ по сравнению с респондентами 2 группы.

Выводы: среди женщин-госслужащих выявлен высокий процент распространенности тревожно-депрессивных расстройств. С увеличение стажа работы в этой системе и возрастает выявляемость тревожности, но снижаются проявления депрессии, что возможно, обусловлено более высокой должностью, которую занимают респондентки в течение жизни при росте по карьерной лестнице. С возрастом снижается удовлетворенность личным самочувствием, эмоциональным состоянием, но возрастает удовлетворенность профессиональной деятельностью.

0369

ДИЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Косинова А.А.,[1] Ковалев А.В.,[1,2] Гринштейн Ю.И.,[1] Суховольский В.Г.,[1,2] Савченко А. А.,[1,3]

[1]ГБОУ ВПО КрасГМУ им.проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого; [2]Международный научный центр исследования экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН; [3] ФГБУ НИИ медицинских проблем

Севера СО РАМН Красноярск, Россия

Цель: Изучить диэлектрические характеристики крови и ее компонентов у больных стабильной стенокардией II и III функциональных классов.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 26 пациентов с II-IIIфункциональным классом (ФК) стенокардии напряжения. Контрольная группа состояла из 20 доноров. У пациентов забирали кровь из кубитальной вены в объеме 9,0 мл, добавляли в качестве антикоагулянта 1,0 мл цитрата натрия. 10 мл стабилизированной крови делили на 2 образца по 5,0 мл. Оба образца центрифугировались в течение 10 минут на 1000 оборотах. Из первого образца крови получали эритроцитарную взвесь и отмытые тромбоциты, из второго изучалась цельная кровь (до центрифугирования) и сыворотка. Исследовались диэлектрические характеристики крови, сыворотки крови, эритроцитов, тромбоцитов на оригинальном диэлектрическом импульсном Фурье-спектрометре. Для управления процессом измерений и обработки сигналов использовалась оригинальная программа, написанная в среде LabView 8.2. Процесс измерения и обработки полностью автоматизирован и занимает не более 0.1 с. Этот метод позволяет оценить свойства мембран, пропуская через суспензию клеток переменный электрический ток различных частот.

Результаты. Проведенные измерения показали, что диэлектрические характеристики крови у доноров (контрольная группа) и больных стенокардией II и III ФК стенокардиидостаточно стабильны и изменяются в пределах не более 6%. Эритроциты и тромбоциты обладают различными диэлектрическими свойствами мембран. Диэлектрические характеристики тромбоцитов в большей степени определяют диэлектрические характеристики крови, в сравнении с сывороткой и эритроцитами. Диэлектрические характеристики эритроцитов зависят от их количества в крови. У здоровых доноров и больных стенокардией напряжения II и III ФК x0, y0 и r0 крови, тромбоцитов и сыворотки значимо не отличаются. Статистически достоверна разница между группами по r0 и x0 для эритроцитов.

Заключение.МетодомФурье-спектрометрииопределены диэлектрические показатели крови, сыворотки крови, тромбоцитов и эритроцитов пациентов со стабильной стенокардией II-III ФК и доноров. Значимые отличия между группами доноров и больных стенокардией обнаружены по некоторым коуловским параметрам для эритроцитов.Диэлектрические характеристики эритроцитов зависят от их количества в крови.

0370

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА ИНФАРКТА МИОКАРДА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Костенко В.А., Скородумова Е.А., Мажара Ю.П., Федоров А.Н.

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Целью данной работы является изучение возможности использования локального регистра острого инфаркта миокарда (ОИМ) для улучшения результатов лечения в отдельно взятом учреждении.

Проведен анализ по 146 пунктам легенды 879 и 812 историй болезни всех пациентов с ОИМ за 2009 (время старта регистра) и 2012 (работа НИИСП в режиме регионального сосудистого центра) годы, из них 662 и 514 ОИМ с подъемом сегмента ST; 217 и 298 с ОИМ без подъема сегмента ST соответственно. Группы пациентов поступивших в эти годы сопоставимы по основным показателям. В терапевтическое окно (первые 6 часов от начала болевого приступа) в поступило 57.4% (505 пациентов) в 2009 г. и 64.5% (524 пациентов) в 2012 г. больных ($p>0.05$). Все больные с повторным ОИМ поступили в первые 6 часов. Средний койко-день составил 12.9 и 13.6 соответственно. В палате интенсивной терапии пациенты в среднем находились 3 и 3.6 дня в 2009 г. и 2012 г. соответственно.

Коронароангиография была выполнена в 15.7% случаев (138 пациентов) и 39.5% (321 человек) ($p<0.01$). Ангиопластика произведена у 5.7% и 28.1% пациентов в 2009 г. и в 2012 г. соответственно ($p<0.01$). Аортокоронарное шунтирование в 2009 г. не проводилось, в 2012 г. — 11.4% (93 человека) ($p<0.01$). Тромболитическая терапия проводилась в 11.0% случаев (97 пациентов) в 2009 г. и в 18.9% (153 больных) в 2012 г. актилизе или стрептокиназой. Общая летальность составила 30.2% в 2009 году и 14.1% в 2012 г. среди пациентов, прошедших сосудистый центр ($p<0.01$). В характеристике медикаментозного лечения отмечается увеличение приема клопидогрела в 6.7 раза и статинов в 4 раза.

Выводы: проведение локального регистра позволяет вести полноценный контроль ведения больных с ОИМ в рамках многопрофильного стационара, принимать соответствующие административные меры, что приводит к существенному улучшению ситуации.

0371

«НЕОБЪЯСНИМЫЕ» КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Котляров С.Н.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Более 140 лет прошло с момента первого научного описания расстройств, ассоциированных с участием в боевых действиях, получивших впоследствие название «военных синдромов». В 1871 году американский врач Jacob Mendez Da Costa на основании обследований солдат, принимавших участие в гражданской войне в США, опубликовал наблюдения «раздраженного сердца». Клиническая картина расстройства характеризовалась вариабельностью и включала жалобы на одышку, сердцебиение, жгучие боли в груди, а также на слабость, диарею, головную боль, головокружение и нарушения сна.

В непростой истории изучения «военных синдромов» предлагались различные объяснения возникшим расстройствам: сдавление грудной клетки лямками тяжелых рюкзаков, воздействие токсических веществ, действием взрывов снарядов и прочие. Стоит отметить и обилие терминов, применявшихся в разное время для описания «необъяснимых симптомов»: «синдром раздраженного сердца», «сердце старого сержанта», «солдатское сердце», «ностальгия», «снарядный шок», «военный невроз» и т.д.

Термин «Medically unexplained symptoms», в переводе с английского языка обозначаемый как «необъяснимые медицинские симптомы» был впервые использован D.I. Melville в 1987 г. и наиболее часто используется в зарубежной литературе при описании данного рода расстройств. В отечественной медицинской науке аналога данной диагностической категории на настоящий момент не выделено, что нередко определяет несвоевременность диагностики и ограниченность проводимого лечения пациентов.

Известно, что соматически необъяснимые симптомы вносят весомый вклад в структуру заболеваемости военнослужащих и участников боевых действий. В последние годы они привлекают все большее внимание исследователей, описаны различные «военные синдромы», разрабатываются руководства по диагностике и ведению пациентов с «непонятными» симптомами.

Интерес, проявляемый к проблеме необъяснимых с медицинской точки симптомов у ветеранов боевых действий, является своевременным по многим причинам. Многочисленные исследования свидетельствуют, что соматические жалобы, которые не имеют четкой интерпретации, широко распространены среди пациентов всего мира. Стоимость лечения таких расстройств является важной социально-экономической проблемой, которая в настоящее время достигла новых высот с точки зрения актуальности и своевременности. Кроме того, недостаточная изученность природы данных явлений, отсутствие адекватных инструментов оценки и способов лечения функциональных расстройств в клинике внутренних болезней в настоящее время приводит к тому, что пациенты нередко остаются без эффективной помощи.

Таким образом, проблема «военных синдромов» и сегодня не только не потеряла своей актуальности, но, напротив, представляется актуальной и социально важной. Перспективным направлением решения задачи является определение концептуально единого подхода к пониманию расстройства, разработка новых диагностических инструментов.

0372

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРИПОЧЕЧНОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ПРИ АССОЦИАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ДИНАМИКА НА ФОНЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Кошельская О.А., Журавлева О.А., Карпов Р.С. ФГБУ «НИИ кардиологии СО РАМН», Томск, Россия

Цель исследования. Определить основные детерминанты повышения внутрипочечного сосудистого сопротивления и его клиническое значение на разных стадиях заболевания у больных АГ, ассоциированной с сахарным диабетом типа 2 (СД); сравнить эффективность и характер изменений кровоснабжения почек под влиянием достижения целевого АД на фоне проведения разных схем длительной антигипертензивной терапии (АГТ).

Материалы и методы. Основная группа включала 208 больных АГ 1-2-й степени, ассоциированной с СД

типа 2, в возрасте 51,8 ± 5,7 лет (гр.АГ+СД). Контрольные группы: 52 пациента с эссенциальной гипертонией без нарушений толерантности к углеводам, 28 больных СД с нормальным уровнем АД и практически здоровые лица. Использовали дуплексное сканирование почек с цветным допплеровским картированием кровотока и расчетом индексов внутрипочечного сосудистого сопротивления (ВПСС), 24-часовое мониторирование АД, ультразвуковые сосудистые пробы, оценивали скорость клубочковой фильтрации, уровень в крови липидов, глюкозы, гликогемоглобина, альдостерона, кортизола, инсулина с расчетом индексов инсулинорезистентности, исследовали активность ренина плазмы и скорость суточной экскреции альбумина с определением микроальбуминурии (МАУ). В ходе рандомизированного исследования пациентов гр.АГ+СД (n=75) сравнивали эффективность трех схем длительной комбинированной АГТ в достижении целевого уровня АД, влиянии на состояние метаболизма, нейрогуморальной регуляции и ренальной гемодинамики.

Результаты. У больных основной группы документирована связь между повышением ВПСС, наличием эндотелиальной дисфункции крупных артерий и маркерами избыточной нейрогуморальной активации еще до развития МАУ. В многофакторном регрессионном анализе установлен значимый вклад средненочного пульсового АД и постпрандиальной инсулинемии в возрастание ВПСС, описаны четыре типа его изменений при начальной гипертензивно-диабетической нефропатии. Объективизирована зависимость степени контроля АД и характера изменений ренальной гемодинамики на фоне АГТ от исходного уровня ВПСС. Основанная на комбинации ИАПФ и амлодипина АГТ, в сравнении с таковой на фоне комбинации АРАII и амлодипина, способствовала улучшению гликемического контроля, более эффективной коррекции диастолической АГ и ЧСС в период сна, а также нормализации исходно повышенного ВПСС. Несмотря на одинаковую частоту достижения целевого АД, основанная на комбинации амлодипина и метопролола сукцината АГТ, в отличие от таковой с включением блокаторов РААС, способствовала дальнейшему росту ВПСС и в меньшей степени корригировала ночную систолическую АГ.

Выводы. Установленные закономерности в развитии нарушений кровоснабжения почек и их коррекции на фоне длительной АГТ у больных АГ и сахарным диабетом, следует учитывать для адекватной клинической интерпретации почечной вовлеченности и проведения рационального лечения этих пациентов.

0373

ИССЛЕДОВАНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Кравченко А. Я., Манохин П. В.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, РФ

Цель: изучить краткосрочную вариабельность АД у больных артериальной гипертензией (АГ) и у здоровых людей.

Методы исследования. Нами обследованы 31 пациент с АГ в возрасте от 51 года до 84 лет, из них мужчин было 6, женщин — 25. У 6 человек (19,4%) отмечался сахарный диабет 2 типа. Курящими были 3 человека (9,7%). Физическим трудом были заняты 12 человек, умственным — 19 человек. Контрольную группу составили 16 человек из числа студентов, считавших себя практически здоровыми, в возрасте от 20 до 25 лет. Проводилось трехкратное измерение АД с интервалом 2 минуты на правой руке электронным сфигмоманометром AND UA-787 в положении сидя с опорой для спины. Обследование пациентов проводилось в условиях стационара с 10:00 до 12:00 после приема лекарств.

Результаты. Установлено, что контроль АГ (уровень систолического АД (САД) ‹ 140 мм рт. ст.; диастолического АД (ДАД) ‹ 90 мм рт. ст.) по данным 1-го измерения был достигнут у 61% и 77,4% пациентов соответственно. При этом при повторных измерениях (2-м или 3-м) дополнительно САД нормализовалось у 16,1% пациентов, ДАД — у 6,5%. Следовательно, у этих пациентов результаты 1-го измерения свидетельствовали о наличии 1-2 ст. АГ, а 2-го или 3-го — об отсутствии АГ.

Доля больных с разницей САД между 1 и 2 измерениями более 5 мм рт. ст. составила 64,5%, ДАД — 22,6%. В контрольной группе количество обследуемых с разницей САД между 1 и 2 измерениями более 5 мм рт. ст. составило 68,8%, ДАД — 43,8%.

Отмеченные нами изменения АД при последовательных измерениях имели различную направленность. У больных АГ последовательное снижение САД при 2-м и 3-м измерениях наблюдалось в 16% случаев, ДАД — в 32,3%. Последовательное повышение САД наблюдалось в 12,9% случаев, ДАД — в 12,9%. У остальных обследованных изменения имели разнонаправленный характер. В контрольной группе последовательное снижение САД при 2-м и 3-м измерениях наблюдалось у 56,3% обследованных, ДАД — у 25%, последовательное

повышение САД не наблюдалось, а повышение ДАД наблюдалось у 6,25% обследованных. Таким образом, снижение АД при повторных измерениях у здоровых лиц наблюдалось достоверно чаще, а повышение АД — реже, чем у больных с АГ ($p<0,05$).

Выводы:

1. Вариабельность систолического и диастолического АД при повторных измерениях является распространенным явлением у здоровых лиц и встречается с частотой 68,8% и 43,8% соответственно.

2. У каждого третьего больного гипертонической болезнью последующие измерения АД (второе и третье) могут значительно менять представление о степени АГ: у 16% больных наблюдается снижение степени АГ, у 12,9% –повышение.

0374

СТРУКТУРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА ШКОЛЬНИКОВ АРХАНГЕЛЬСКОГО ПРИПОЛЯРЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА

Крайнова И.Н., Попова Ю.Ю., Лосева М.В.

ФГАОУ ВПО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова», институт медико-биологических исследований, Архангельск, Россия

Цель: определить структурные параметры сердца детей-северян в зависимости от возраста и пола.

Методы: исследование параметров сердца проводили у детей 7-17 лет. Обследован 491 школьник (205 девочек и 286 мальчиков). Для оценки состояния основных параметров сердца применяли метод трансторакальной эхокардиографии. Ультразвуковое исследование сердца проводили по стандартным методиками на эхокардиографе Aloka Alpha 7 ProSound.

Полученные результаты: линейные параметры сердца у мальчиков и девочек 7–17 лет с возрастом увеличиваются. Статистически значимые половые отличия линейных показателей появляются уже в 7 лет и касаются преимущественно левых отделов сердца — отмечается преобладание у мальчиков размеров таких параметров сердца как конечно-систолического размера левого желудочка (КСР ЛЖ), конечно-диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ), межжелудочковой перегородки (МЖП) в систолу и диаметр аорты ($p<0,05$ в каждом случае). В 8 лет отмечается достоверное преобладание размеров легочной артерии и левого предсердия у девочек ($p<0,05$ в обоих случаях). В 9 лет значимо преобладают размеры легочной артерии и аорты у мальчиков ($p<0,05$ в каждом случае). В 10 лет отмечается достоверное преобладание у мальчиков следующих параметров сердца: КСР ЛЖ, КДР ЛЖ, МЖП в систолу и диастолу, задней стенки левого желудочка (ЗС ЛЖ) в диастолу и систолу, а также аорты и раскрытия аортального клапана. В 11 лет у мальчиков статистически значимо преобладают размеры правого и левого предсердий, КСР ЛЖ, КДР ЛЖ и МЖП в систолу. В 12 лет достоверных половых отличий выявлено не было. В 13 лет у мальчиков достоверно преобладают размеры левого предсердия и ЗСЛЖ в систолу, в 14 лет — лишь МЖП в систолу. В 15 лет отмечается статистически значимое преобладание у мальчиков размера правого и левого предсердий, КСР ЛЖ и КДР ЛЖ, ЗС ЛЖ в систолу и диастолу, а также диаметр аорты и раскрытие аортального клапана. В последующие возрастные группы также отмечается достоверное преобладание некоторых параметров сердца мальчиков: в 16 лет — правого желудочка, легочной артерии, КСР ЛЖ и КДР ЛЖ, МЖП в систолу, а также раскрытия аортального клапана; в 17 лет — легочной артерии, КСР ЛЖ и КДР ЛЖ, МЖП в систолу, ЗС ЛЖ в систолу, аорты и раскрытия аортального клапана.

Выводы: с возрастом отмечается закономерное увеличение структурных показателей сердца как у мальчиков, так и у девочек, при этом данные изменения зависят не только от возраста, но и от пола. Данная особенность подтверждает, что, вероятнее всего, ростовые скачки у девочек и мальчиков идут в различные возрастные периоды, поскольку линейные параметры сердца можно отнести к параметрам физического развития ребенка.

0375

ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРЫС ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА И ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ

Крахмаль Н.В., Роговская Ю.В., Афанасьев С.А., Егорова М.В.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Выявить изменения микроциркуляторного русла миокарда левого желудочка крыс, развивающиеся при постинфарктном кардиосклерозе и сахарном диабете 1 типа в эксперименте.

Методы исследования. Исследование проведено на половозрелых крысах-самцах линии Вистар, массой 250-300 г (n=40). Сформировано 4 группы: 1 группа — контроль; 2 группа — животные с постинфарктным кардиосклерозом; 3 группа — животные со стрептозотоцин-индуцированным сахарным диабетом; 4 группа — животные с сочетанной патологией. Инфаркт миокарда моделировали под наркозом путем перевязки левой передней нисходящей коронарной артерии. Сахарный диабет 1 типа индуцировали однократным введением стрептозотоцина («Sigma», США) в дозе 60 мг/кг внутрибрюшинно, разведенного 0,01 моль/л цитратным буфером (pH 4,5). В 4 группе животным через 4 недели после коронарооккклюзии индуцировали сахарный диабет. Животных 2, 3 и 4 групп выводили из эксперимента спустя 6 недель после моделирования первого патологического состояния. Сердца фиксировали в 10% нейтральном формалине, для исследования брали фрагменты миокарда левого желудочка вне зоны постинфарктного склероза. Осуществляли гистологическую проводку, заливку материала в парафин. Срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали метенамином-серебра (P.A.S.M., «Bio-optica» Италия). Микроскопическое исследование срезов проводили на светооптическом уровне, используя микроскоп Karl Zeiss «Axiolab A1». Кровоснабжение миокарда оценивали в случайно выбранных полях зрения при увеличении x1000, с помощью объекта-микрометра производили подсчёт капилляров в 1 мм2 с последующим пересчетом на 1 см2. При статистической обработке полученных результатов применяли однофакторный дисперсионный анализ ($p<0,05$), используя пакет программ «STATISTICA 6.0». Результаты представлены как M±SD, где M — среднее арифметическое, SD — среднеквадратичное отклонение.

Полученные результаты. Количество капилляров в 1 см2 миокарда у интактных животных составило 5304,35±1776,77. Во 2-ой группе данный показатель соответствовал значению 10173,91±388,88, что почти в два раза ($p1\text{-}2гр=0,001$) превышало контрольные значения. Для животных 3-ей группы количество капилляров составило 13130,43±2467,18 и было статистически значимо выше как показателя интактных животных ($p1\text{-}3гр<0,001$), так и животных с постинфарктным кардиосклерозом ($p2\text{-}3гр=0,022$). У животных 4-ой группы количество капилляров было статистически больше (11362,32±1112,94; $p1\text{-}4гр<0,001$; $p2\text{-}4гр=0,033$), чем у контрольных животных и животных 2-ой группы.

Выводы. В условиях экспериментального моделирования постинфарктного кардиосклероза и диабета 1 типа в миокарде левого желудочка крыс отмечается усиление кровоснабжения миокарда. При сочетанном развитии постинфарктного кардиосклероза и сахарного диабета плотность микроциркуляторного русла в миокарде выше, чем при постинфарктном кардиосклерозе, что, вероятно, связано с активацией определенных эндогенных механизмов.

0376

СРАВНЕНИЕ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С КОМБИНИРОВАННОЙ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ И ДОБУТАМИН СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЮ В ВЫЯВЛЕНИИ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ

Криночкин Д.В., Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Плюснин А.В., Пушкарев Г.С., Захарова Е.Х.

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

Применение нагрузочных тестов имеет большое значение в ранней диагностике и определении степени риска у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Стандартная методика изометрической стресс-эхокардиографии не используется широко из-за низкой чувствительности в выявлении коронарных стенозов. Мы модифицировали метод, добавив к изометрической нагрузке эмоциональный компонент: в течение пробы врач словесно стимулирует пациента на максимальное выполнение нагрузки в течение как можно более длительного времени.

Цель: Сравнить диагностическую ценность стресс-эхокардиографии с комбинированной изометрической нагрузкой с добутаминовой стресс-эхокардиографией.

Материал и методы: Были обследованы 197 пациентов с подозрением на ИБС. 87-ми из них проводили стресс-эхокардиографию с комбинированной (изометрической и эмоциональной) нагрузкой; 110-ти — стандартную добутаминовую стресс-эхокардиографию. После измерения параметров в покое при стресс-эхокардиографии с комбинированной нагрузкой пациент с максимальной силой сжимал обеими руками резиновые мячики около 3-х минут. Эхокардиографическое наблюдение и вербальная стимуляция пациента проводились в течение всей нагрузочной пробы. Добутаминовая стресс-эхокардиография проводилась по стандартной методике и занимала около 40 минут. В качестве референтного метода использовали коронароангиографию — значимыми считали коронарные стенозы 50% диаметра артерии и больше.

Результаты: Методы оказались сопоставимы по частоте выявления множественных коронарных стенозов (40,4% — при стресс-эхокардиографии с комбинированной нагрузкой и 45,5% — при добутаминовой стресс-эхокардиографии). Сопоставима была и их чувствительность (84,5% и 87,3%), специфичности (85,7% и 76,6%), положительной (92,5% и 83,3%,) и отрицательной предсказывающей точности (72,7% и 81,8% соответственно). Диагностическая точность стресс-эхокардиографии с комбинированной нагрузкой в выявлении коронарных стенозов составила 84,9%, добутаминовой стресс-эхокардиографии — 82,7%.

Выводы: Стресс-эхокардиография с комбинированной нагрузкой имеет сопоставимую с добутаминовой стресс-эхокардиографией диагностическую ценность в выявлении коронарных стенозов и может использоваться в диагностике ИБС, особенно на амбулаторном этапе обследования пациентов.

0377

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОТИПА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST

В.Н. Круглов, С.М. Хохлунов.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

Целью исследования являлась изучение частоты встречаемости полиморфизмов некоторых генов системы гемостаза среди пациентов, перенесших ОКС с подъёмом сегмента ST и проспективное наблюдение.

Методы исследования. В исследование было включено 106 пациентов, госпитализированных в СОККД с диагнозом «Острый коронарный синдром с подъёмом ST», из них мужчин — 88 человека (83,02%), женщин — 18 человек (16,98%). Средний возраст мужчин составил 54,6±2,44 лет, женщин — 55,4±1,08 лет. Пациентам определялось носительство полиморфизмов некоторых генов системы гемостаза (F I (G455A), F II (20210G→A), F V (Leiden), F VII, GP IIIa PlA2, PAI-1 (675 4G→5G), MTHFR (C677T)) с целью определения группы высокого риска ретромбоза для проведения индивидульной антитромботической терапии и разработки мер вторичной профилактики.

Результаты. Наиболее часто среди обследованных пациентов были выявлены полиморфизмы в генах, кодирующих активность F I у 45 пациентов (37,7% гетерозигота и 4,7% гомозигота), GP IIIa PlA2 у 25 пациентов (21,7% гетерозигота и 1,9% гомозигота), PAI-1 у 73 пациентов (40,5% гетерозигота и 28,3% гомозигота) и MTHFR у 56 пациентов (43,4% гетерозигота и 9,4% гомозигота). Среди мужчин были также выявлены полиморфизмы F V (Leiden) у 5 (4,7% гетерозигота) и F VII — 21 пациент (19,8% гетерозигота) У лиц с полиморфизмом F I (G 455A) отмечен повышенный уровень фибриногена. Из них 6 пациентам (5,7%) проведена повторная реваскуляризация. У пациентов с полиморфизмом PAI-1 потребовалась повторная реваскуляризация у 14 пациентов (13,2%). 11 пациентов (10,4%) с полиморфизмом MTHFR перенесли реваскуляризацию повторно. У 2 (1,9%) пациентов с сочетанием полиморфизма F I, GP IIIa PlA2 и MTHFR развился летальный инфаркт миокарда. У носителей гомозиготного полиморфизма MTHFR было установлено повышение уровня гомоцистеина.

Полученные данные, учитывались при ведении пациентов: больным-носителям F I (G455A) рекомендовалась для профилактики повышенного тромбообразования максимально эффективная профилактическая доза ацетилсалициловой кислоты (100 мг/сут) (пожизненно), с возможным увеличением до 150 мг/сут в случае сохранения повышенного уровня фибриногена; пациентам с гипергомоцистеинемией был рекомендован курсовой приём препаратов (витамины группы В и фолиевой кислоты) пожизненно. Наблюдение за пациентами продолжается.

Выводы:

1. Среди пациентов с острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST наиболее часто встречают-

ся полиморфизмы в генах F I, PAI-1 и MTHFR.

2. Данные, полученные при изучении генотипа, позволили оптимизировать индивидуальную вторичную профилактику у пациентов, перенесших обострение ИБС.

0378

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СЕРДЦА

Крылова Н.С.[1], Крылов А.Л.[2], Селезнева Е.В.[1], Потешкина Н.Г.[1]

[1]ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

[2]Институт безопасного развития атомной энергетики РАН, Москва, Россия

Многие исследования посвящены поиску клинико-инструментальных критериев дифференциальной диагностики необструктивной гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) и гипертонического сердца (ГС).

Цель исследования: изучить возможности теста с физической нагрузкой (ФН) на велоэргометре в дифференциальной диагностике ГКМП и ГС.

Материал и методы: обследовано 38 больных ГКМП (24 мужчины (63%), средний возраст 53,1±13,3 лет) и 25 больных с ГС (16 мужчин (64%), средний возраст 47,5±11,2 лет, p=0,3). Обструкция выносящего тракта ЛЖ имела место у 18 больных ГКМП (47,4%). Диагноз ГКМП устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, ЭКГ и ЭхоКГ. В исследование не включали пациентов с сомнительным диагнозом. Всем больным выполнялся тест с ФН на велоэргометре на фоне отмены сердечно-сосудистой терапии.

Результаты: Толерантность к ФН у больных с ГС оказалась выше, чем при ГКМП (пороговая мощность ФН 117,3±32,2 и 92,7±42,2 Вт, p=0,019). У больных ГКМП наблюдалась более высокая скорость роста ЧСС при ФН (7,6±5,2 и 5,9±13,3 уд/мин2, p=0,005), а скорость роста систолического АД (САД) была ниже, чем при ГС (6,9±7,2 и 5,1±4,6 мм рт.ст./мин, p=0,04). У больных ГКМП максимальное САД на пике ФН оказалось достоверно ниже, чем при ГС (170,8±30,2 и 208,7±21,0 мм рт.ст., p<0,001), а время восстановления гемодинамических параметров после ФН — выше (10,3±4,1 и 7,1±1,6 мин, p<0,01). Одышка как причина прекращения теста достоверно чаще наблюдалась при ГКМП (45,2% и 3,9%, p<0,025). 16,7% больных ГКМП прекратили тест из-за возникновения частой экстрасистолии (ЭС) (желудочковой или наджелудочковой), в то время как у пациентов с ГС данного критерия остановки ФН не наблюдалось (p=0,03). С помощью метода логистической регрессии определено разумное количество наиболее значимых признаков для дифференциальной диагностики ГКМП и ГС и получена следующая зависимость:

Диагноз=0,41×САДпик-40,79-3,65×ВВ-13,34×Одышка-41,87×ЭС−1000×Другое, где САДпик — САД на пике ФН (мм рт.ст.), ВВ — время восстановления гемодинамических показателей после ФН (мин). Одышка — наличие одышки, как критерия прекращения ФН — 1, отсутствие — 0. ЭС — наличие ЭС как критерия прекращения ФН — 1, отсутствие — 0. Другое — падение или отсутствие прироста САД при ФН (поскольку известно, что это атрибут ГКМП), депрессия сегмента ST или приступ стенокардии во время ФН (характерный признак ГКМП, после исключения атеросклероза по данным коронароангиографии).

Если полученный результат больше 0, у больного имеет место АГ. Если полученный результат меньше 0, у больного имеет место ГКМП.

Выводы: Тест с ФН на велоэргометре дает ценную информацию для дифференциальной диагностики гипертрофической кардиомиопатии и гипертонического сердца.

0379

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ИШЕМИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ С ИБС

Генерал-майор м/с, член-корр. РАМН, проф. Симоненко В.Б.,проф. Борисов И.А.,

Крылов В.В., к.м.н. Уйманова М.Ю.

ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка» МО РФ, г. Москва, Россия

По данным эхокардиографии у больных с ИБС с большой частотой выявляется дисфункция МК различной степени выраженности, связанная с расширением фиброзного кольца в результате процессов ремоделирования ЛЖ, атеросклеротической дегенерацией створок МК, отрывом хорд с формированием пролапса створок и недостаточности МК. После выполнения прямой реваскуляризации миокарда (коронарного шунтирования) данные изменения МК не подвергаются обратному развитию, а зачастую прогрессируют, требуя хирургической коррекции, что сопряжено у данной категории больных с высоким риском.

Именно поэтому при выявлении по данным эхокардиографии у больных с ИБС митральной регургитацииII–IIIстепеницелесообразно одномоментно с прямой реваскуляризацией миокарда выполнять пластику МК (пластику створок и/или аннулопластику опорным кольцом).

Проанализировано 28 пациентов, которым помимо прямой реваскуляризации миокарда (АКШ+МКШ) выполнены различные варианты пластики МК. При контрольном эхокардиографическом исследовании у данной группы больных отмечалась хорошая функция ЛЖ, отсутствие нарушений работы МК.

Таким образом, одномоментное выполнение коронарного шунтирования и различных вариантов пластики МК незначительно увеличивает время и трудоемкость оперативного вмешательства, при этом существенно улучшая прогноз у данных пациентов, позволяя избежать повторной операции.

0380

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МИОКАРДИАЛЬНОГО СТРЕССА И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Крюков Н.Н., Губарева И.В., Крюкова М.Л., Горбачевская С.Н., Ивахненко О.А., Перова Н.М.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава РФ, г. Самара, Россия

Цель: Определить плазменный уровень натрийуретических пептидов (BNP и NT- proBNP) и оценить их взаимосвязи с показателями миокардиального стресса (МС) у железнодорожников с гипертонической болезнью (ГБ) и различными типами диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ).

Объект и методы: Исследованы 450 работников РЖД в возрасте от 40 до 60 лет, поступивших в кардиологическое отделение и Центр Артериальной гипертонии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД». Эхокардиографическое исследование осуществляли по общепринятой методике. Определяли тип нарушений диастолической функции ЛЖ: 1-й тип — ДД по типу нарушенной релаксации, 2-й тип — ДД по псевдонормальному типу; 3-й тип — рестриктивный. В исследование включили 192 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил 50,0 ± 5,5 лет. Выделены следующие группы: 1 группа — больные ГБ с 1 типом диастолической дисфункции левого желудочка (n = 135); 2 группа — больные ГБ со 2 типом ДД ЛЖ (n = 46); 3 группа — больные ГБ с 3 типом ДД ЛЖ (n = 21). Рассчитывали систолический (МСс) и диастолический (МСд) меридиональный миокардиальный стресс (г/см2). НУП в плазме определяли методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку данных проводили с использованием методов статистического пакета Statistica 6,0.

Полученные результаты: Плазменный уровень НУП (BNP и NT-proBNP) повышен у всех исследуемых. У пациентов 3 группы он наибольший, однако статистически достоверных отличий между группами не получено ($p>0,05$). Систолический МС достоверно больше у пациентов 3 группы ($p<0,001$) в сравнении с пациентами 1 группы. Достоверных отличий систолического МС у 1 и 2 группы не получено ($p>0,05$). Диастолический МС исследуемых статистически достоверно не отличался. Корреляционный анализ полученных данных выявил

достоверную обратную взаимосвязь НУП и МСс (r =-0,389; p<0,004), НУП и МСд (r =-0,294; p<0,040),

Выводы: Результаты нашей работы свидетельствуют о взаимосвязи между плазменным уровнем натрийуретических пептидов и МС. Очевидно, что миокардиальный стресс является основным механическим фактором, ответственным за индукцию НУП не только у пациентов с систолической сердечной недостаточностью, но и у пациентов с сохраненной функцией левого желудочка и характеризует силу натяжения волокон миокарда на единицу поперечного сечения стенки ЛЖ, являясь количественным отражением величины пред- и постнагрузки ЛЖ. Изучение взаимосвязи МС и НУП возможно позволит объяснить индивидуальную изменчивость и неоднородность уровня НУП пациентов с ХСН.

0381

ОЖИРЕНИЕ И ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Крюков Н.Н., Киселева Е.В., Горбачевская С.Н.

Самарский Государственный Медицинский Университет, Самара, Россия

Цель. Оценить активацию противовоспалительных маркеров адипонектина и антагониста рецептора интерлейкина-1(ИЛ-1(ра)) у больных артериальной гипертонией(АГ) и ожирением. Более глубокое понимание взаимосвязи адипонектина, ИЛ-1(ра) и ожирения поможет выявить степень влияния воспаления на развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных АГ.

Методы исследования. В исследование включены 129 пациентов мужского пола с артериальной гипертонией I-II степени в возрасте от 35 до 56 лет. Первую группу составили 46 пациентов ссредним риском развития ССО, вторую группу- 51 пациент с высоким риском развития ССО, третью группу — 32 пациента с очень высоким риском развития ССО. Пациенты были разделенына подгруппы в зависимости от наличия ожирения(объем талии(ОТ) › 94см, индекс массы тела(ИМТ)› 29кг/м2). Контрольная группа состояла из 32 относительно здоровых мужчин.

Результаты. Уровень ИЛ-1(ра) у больных с ожирением во всех группах был значительно повышен по сравнению с худыми пациентами тех же групп. Концентрация адипонектина была снижена во всех группах, самая низкая концентрация этого маркера определялась у больных третьей группы с ожирением. Положительная корреляция была выявлена между ИЛ-1(ра) ОТ, ИМТ и индексом массы миокарда левого желудочка во второй и третьей группах. Отрицательная корреляция наблюдалась между адипонектином ОТ, ИМТ во второй группе.

Выводы. Наличие ожирения у пациентов с АГ способствует активации хронического воспалительного процесса, степень которого была наиболее выраженной у больных АГ высокого и очень высокого риска ССО . Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения ранней немедикаментозной и медикаментозной профилактики, направленной на нормализацию жирового метаболизма и уменьшение воспаления для предотвращения ССО при АГ. В качестве контроля проводимой терапии можно рекомендовать адипонектин, который является модулятором липидного метаболизма и системного воспаления.

0382

МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ КОРОНАРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЙ

Крюков Н.Н., Киселева Г.И., Байбурсян Е.Д., Крюкова М.Л., Германова И.К.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель: Определить клинические и инструментальные особенности микроваскулярной коронарной дисфункции (МКД) у больных артериальной гипертонией (АГ) с целью оптимизации медикаментозной терапии.

Методы исследования: Обследованы 42 больных с ГБ II стадией, 1-2 степени АГ в возрасте от 49 до 58 лет, из них — 33 женщины и 9 мужчин. 72% больных женского пола были в постменопаузе.

Критерии включения больных в исследование — отсутствие стенотических изменений коронарных артерий по данным коронароангиографии, наличие ишемических изменений при выполнении нагрузочных проб и суточном мониторировании ЭКГ. В исследование не включались больные сахарным диабетом, клапанными аномалиями, сопутствующими заболеваниями органов пищеварения. Всем больным проводилось эхокардиография (ЭхоКГ) с определением индексированной массы миокарда и варианта ремоделирования, суточное мониторирование ЭКГ с регистрацией вариабельности сердечного ритма (ВСР), суточное мониторирование

АД (СМАД).

Результаты: 85% обследованных больных жаловались на боли в области сердца. У 15% больных выявлялась безболевая ишемия миокарда. У 38% пациентов определялась типичная стенокардия напряжения, у 72% — нетипичная стенокардия. Особенностями нетипичного болевого синдрома служили: длительность болей, появление их в покое и при психоэмоциональном напряжении, недостаточный эффект нитроглицерина.

По данным холтеровского мониторирования у 89% больных выявлено снижение ВСР с выраженными изменениями в ночные и утренние часы, что говорит о вегетативном дисбалансе с преобладанием симпатических влияний. При суточном мониторировании артериального давления у 85% выявлена недостаточная степень ночного снижения АД и отмечены наиболее высокие цифры давления в ранние утренние часы. При ЭхоКГ у 76% больных обнаружена гипертрофия левого желудочка с преобладанием эксцентрического варианта ремоделирования.

Выводы: МКД при АГ обусловлена васкулопатией на уровне микроциркуляции. Полученные результаты свидетельствуют об участии в патогенезе МКД симпатикотонии и гипертрофии левого желудочка. Преобладание женщин в постменопаузе в нашем исследовании свидетельствует о том, что, вероятно, дефицит эстрогенов также является патогномоничным фактором, вызывающим эндотелиальную дисфункцию. Перечисленные механизмы МКД определяют терапевтическую тактику ведения больных АГ с МКД — назначение бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ.

0383

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНАИ БИСОПРОЛОЛА

Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Лебедь Е.И., Турна Э.Ю.

Кафедра терапии и семейной медицины Крымского государственного медицинского университета имени С.И. Георгиевского, Симферополь

В ходе ряда многоцентровых исследований было показано, что достижение целевых уровней артериального давления (АД) у больных с ИБС способствует улучщению прогноза. Препаратами выбора для лечения артериальной гипертензии (АГ) у больных с ИБС являются бета-адреноблокаторы, позволяющие эффективно контролировать АД, снижать потребность миокарда в кислороде и улучшать прогноз у данного контингента больных. В большинстве случаев предпочтение отдается комбинированной антигипертензивной терапии, при этом из рациональных комбинаций у больных с сочетанием АГ и ИБС может быть использована комбинация бета-адреноблокатора и дигидропиридинового антагониста кальция, потенцирующая антигипертензивный и антиишемический эффекты.

Цель исследования: оценка эффективности использования фиксированной комбинации амлодипина и бисопролола у больных с АГ и ИБС.

Материал и методы: в исследование были включены 38 больных (23 мужчин, 15 женщин) с ИБС, стабильной стенокардией II-III ф.к. и артериальной гипертензией II степени в возрасте от 57 до 74 лет (средний возраст 64 ± 9,8 года). В лечении была использована фиксированная комбинация бисопролола 5 мг и амлодипина 5 мг (Алотендин, EGIS). При недостаточном контроле АД или ЧСС применялись формы выпуска с дозой бисопролола 10 мг или амлодипина 10 мг. Исходно и через 6 недель оценивалась суточная динамика АД и ЭКГ, количество таблеток нитроглицерина в течение суток. Все больные получали базисную терапию ИБС с применением аторвастатина, аспирина, рамиприла.

Результаты: Использование фиксированной комбинации 5 мг бисопролола и 5 мг амлодипина сопровождалось снижением САД на 21,8% и ДАД на 22,4%. Достижение целевого уровня АД наблюдалось у 24 (63,15%) больных и сопровождалось улучшением суточного профиля САД: количество «dipper» увеличилось на 23,6 %. Достижение целевой ЧСС наблюдалось у 31 (81,5%) больного. До лечения по данным ХМ ЭКГ ишемические изменения наблюдались у 29 (76,31%) пациентов, среднее количество таблеток нитроглицерина за сутки составляло 5,3. На фоне проводимой терапии достоверно уменьшилось количество эпизодов ишемии миокарда на 36,7% ($p<0,05$), среднее количество таблеток нитроглицерина сократилось до 3,9. У 7 больных была в дальнейшем использована фиксированная комбинация 5 мг бисопролола и 10 мг амлодипина и у 7 больных 10 мг бисопролола и 5 мг амлодипина, что позволило достигнуть целевых уровней АД и ЧСС у этих пациентов.

Выводы: Использование фиксированной комбинации бисопролола и амлодипина у больных АГ очень высокого риска в сочетании с ИБС позволяет эффективно контролировать АД и ЧСС, сопровождается достоверным антиишемическим эффектом и улучшением показателей СМАД.

0384

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ НА ПРИМЕРЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ

Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Кучеренко Т. В., Говорунова А. В.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», Симферополь.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре смертности граждан Украины. Исходя из патогенетических особенностей развития сердечно-сосудистых заболеваний, меры первичной профилактики, задачей которой является модификация существующих факторов риска кардиоваскулярных заболеваний, являются своевременными уже в молодом возрасте.

Цель исследования: оценка частоты влияния некоторых модифицируемых факторов риска кардиоваскулярных заболеваний у молодых лиц и приверженности к принципам здорового образа жизни на примере врачей-интернов медицинского университета.

Материал и методы. Нами было обследовано 108 врачей-интернов Крымского государственного медицинского университета в возрасте 23-30 лет (средний возраст-24,3 года), 84 женщины и 24 мужчины. Оценивались с помощью анонимного анкетирования такие факторы, как курение, наличие избыточного веса, объем физической нагрузки, наследственная предрасположенность, характер пищевых приверженностей, знание своего уровня АД и холестерина. Всем включенным в исследование определялись уровень АД, индекс массы тела.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам анкетирования было выявлено, что курят 15,7% человек. Свою двигательную активность, как недостаточную расценили 88,9% лиц. Наследственная предрасположенность к кардиоваскулярным заболеваниям прослеживалась у 28,7% исследуемых. Уровень своего АД не знали 49,07% интернов, а уровень холестерина сыворотки крови не был известен в 100% случаев наблюдения. Из любимых, наиболее часто употребляемых пищевых продуктов были названы продуктам с высоким содержанием животных жиров, трансжиров, сахара.

Индекс массы тела выше 25 кг/м^2 наблюдался у 36,5% женщин, и у 21,5% мужчин. Уровень АД ≥ 140/90 мм рт. ст. был выявлен у 17,59%, высокое нормальное артериальное давление обнаружено у 19,44% интернов. Сочетание 2 и более факторов риска наблюдалось у 26,85% исследуемых.

До проведения исследования 95,37% интернов свое кардиоваскулярное здоровье расценивали как отличное или хорошее, рекомендации по модификации факторов риска для себя считали преждевременными.

Выводы. Сочетание 2 и более кардиоваскулярных факторов риска выявлено в 26,85% случаев, а наличие одного фактора риска у подавляющего большинства студентов, что свидетельствует о необходимости мер первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте.Выявлена низкая приверженность к принципам здорового образа жизни и низкая приверженность к необходимости модификации факторов риска у интернов медицинского университета, что говорит о необходимости широкого внедрения государственных и социальных программ предупреждения болезней сердца и сосудов.

0385

ДОЗИРОВАННАЯ ГИПОКСИЯ — АДЪЮВАНТНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ II-III ФУНКЦИОАНЛЬНОГО КЛАССА

Кудаев М.Т., Казанбиев, А.В. Османова, Э.Р. Махмудова, А.З. Магомедов, Д.А Ахмедова, З.Н. Атаева.

ГБОУ «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала, Российская Федерация

В плане изыскания эффективного и физиологичного способа лечения больных ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального класса в дополнение к медикаментозным средствам лечения, особый интерес представляет метод прерывистой нормобарической гипокситерапии (ГТ).

Целью исследования явилось, оценка влияния метода ГТ на работоспособность сердечной мышцы и мощность пороговой нагрузки у больных ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального класса.

Методы исследования: велоэргометрия по стандартной методике, проба с 6-ти минутной ходьбой, проба Штанге.

Результаты исследования. Мощность пороговой нагрузки после курса лечения увеличилась на 51,3%. Общий объем выполненной работы увеличился на 25,6%. Двойное произведение увеличилось на 27,6%. При пробе с 6 минутной ходьбой наблюдалось увеличение 45,7%, показатель устойчивости к гипоксии Штанге увеличился на 63,6%.

Выводы: 1.

1. Метод дозированных гипоксических тренировок при использовании в качестве дополнения к стандартной медикаментозной терапии ИБС, стенокардии напряжения II-III функционального класса позволяет увеличить толерантность к физической нагрузке и работоспособность сердечной мышцы.

2. Метод дозированных гипоксических тренировок увеличивает устойчивость к гипоксии у больных ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального класса.

0386

ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД С АТМОСФЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ И ИНГИБИТОРАМИ АПФ

Кудаев М.Т., Курбанова И. М., Малачилаева Т.М., Алиева С.Б.Амбаян А.С.

ГБОУ «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала, Российская Федерация

Цель исследования: оценка влияния атмосферного давления, температуры и влажности на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) при лечении комбинацией антагониста кальция и ингибитора АПФ.

Методы исследования: СМАД, математический расчет корреляций.

Результаты: прием антагонистов кальция (АК) в сочетании с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) привел к уменьшению

корреляционной связи с атмосферными факторами основных показателей СМАД, что расценивалось как положительный терапевтический эффект этих препаратов. Однако, высокая корреляционная связь атмосферного давления с такими показателями СМАД, как САД ноч. -0,51, ИВ САД ноч.-0,58, ВАР САД сут.-0,71 позволяет сделать заключение о слабом влиянии комбинации АК и иАПФ на изучаемые показатели. Высокая отрицательная корреляционная зависимость была зарегистрирована при изучении температуры воздуха и таких показателей СМАД, как САД ноч.- 0,50, ИВ САД сут.-0,73, ВАР САД сут. — 0,71. Изучение корреляционной связи влажности воздуха показало высокую корреляционную связь с показателями ИВ САД сут. — (-)0,71, ИВ ДАД сут. — (-)0, 67.

Выводы:

1. Комбинация АК и иАПФ в целом достаточно эффективно снижает влияние атмосферных факторов на показатели СМАД; 2. Комбинация АК и иАПФ не оказывает действия на такие показатели СМАД, как ИВ САД, ВАР САД,ИВ ДАД.

0387

ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД С АТМОСФЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ И БЛОКАТОРАМИ АДРЕНЭРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ

Кудаев М.Т., Курбанова И. М., Магомедов А. З., Байсугуров М. Ш., Атаева З. Н., Ахмедова Д. А., Османова А.В., Гусейнова Р.К.

ГБОУ «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала, Российская Федерация

Цель исследования: оценка влияния атмосферного давления, температуры и влажности на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) при лечении антагонистами кальция и блокаторами адренеэргических рецепторов.

Методы исследования: СМАД, математический расчет корреляций.

Результаты: применение комбинации антагониста кальция (АК) и бета-адреноблокатора (БАБ) положительно влияло на все показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД), уменьшая их корреляционную связь между атмосферным давлением, температурой окружающей среды и влажностью воздуха. Этот факт расценивался как положительное влияние комбинации АК и БАБ на показатели риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертонией.

Выводы: Сочетанное применение АК и БАБ положительно влияет на составляющие СМАД, указывающие на высокую степень сердечно-сосудистого риска.

0388

ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА — ТАБАКОКУРЕНИЕ. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ АНТИКУРИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ «БРОСЬ КУРИТЬ И ПОБЕДИ» В НОВОСИБИРСКЕ

Куделькина Н.А., Алексеева Н.В., Трошин С.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии» СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить социальные аспекты Международной антикурительной кампании «Брось курить и победи» в Новосибирске (1996-2002 гг.) и её эффективность.

Методы исследования. Антитабачная кампания «Брось курить и победи» проводится регулярно, в одно время во всех странах мира по единой программе и правилам. Кампания организуется в виде лотереи и имеет призовой фонд. Необходимым условием проведения кампании является использование стандартных регистрационных карточек участников кампании и анкет для последующего контрольного опроса респондентов через год после ее проведения. Для организации кампании нами были привлечены СМИ, общественные организации, отдельные лидеры, мэр города, а также медицинские учреждения, ВУЗы, школы. Оценка результатов кампании проводилась через 1 год на репрезентативных (10%) выборках. В кампаниях 1996-2002 гг. участвовало 4589 человек взрослого населения (1996 г. — 1261 чел.; 1998 г. — 1358 чел.; 2000 г. — 1228 чел.; 2002 г. — 742 чел.).

Результаты. Мотивация участия населения в кампаниях «Брось курить и победи» была следующей: «вредно для здоровья» (1996 г. — 23%; 2002 г. — 35%), «просто так, надоело» — 32% (2002 г.), болезнь (1996 г. — 13%; 2002 г. — 12%), совет окружающих — 11% (1996 и 2002 гг.), приз кампании (1996 г. — 44%, 2002 г. — 9%); плохой пример детям (1996г. — 20%, 2002г. — 6%), экономические причины (1996г. — 20%, 2002 г. — 4,5%); беременность — 4,5% (2002 г.). Среди участников кампаний, желающих бросить курить, основными мотивационными моментами были в первые годы: приз кампании (44%), экономические причины и плохой пример детям. В последние годы мотивация изменилась: «вредно для здоровья» (35%), болезнь и «плохой пример детям», «просто так, надоело». Одной из задач исследования было изучить: зависит ли статус курения от семейного положения курильщика, и имеет ли значение поддержка семьи в его попытке бросить курить. Установлено, большинство курильщиков — семейные люди и имели поддержку семьи. В кампании 1996 г. женатые и замужние составили 83%, в 1998 г. — 70%, в 2002 г. — 70%. Поддержку семьи получили в 1996 г. — 46% участников, в 1998 г. — 57%, в 2002 г. — 75%. Изучен уровень образования участников кампаний. В 1998 г. среди участников 15% имели среднее образование, 28% — среднее специальное, 32% — высшее, 8% — ниже среднего. Из причин, по которым участникам кампаний не удалось бросить курить — главной оказался «стресс» (40% в 1996 г., 48% — в 1998 г. и 17% в 2002 г.)., а также курение окружающих. (1996 г. — 20% респондентов, в 1998 г. — 24%, в 2002 г. — 20%).

Заключение. Массовые антитабачные кампании, охватывающие все слои населения города с их позитивной ориентацией оказались эффективнее индивидуальной работы с респондентами: в течение месяца не курили 80% участников, через 1 год некурящими остаются 40%. Основными причинами неудачных попыток бросить курить являются стресс, курение окружающих и уровень образования. Огромную положительную роль в массовой профилактике табакокурения играют международные антикурительные кампании и СМИ.

0389

АТЕРОСКЛЕРОЗ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ — ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ В РАЗВИТИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Куделькина Н.А., Ненарочнов С.В.

ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск ОАО «РЖД», Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение распространенности атеросклероза (АС) среди организованной популяции железнодорожников Западной Сибири с выявленной артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Одномоментное выборочное клинико-эпидемиологическое исследование организованной популяции железнодорожников Западной Сибири 20-65 лет (7676 чел. — случайная выборка) со стандартным измерением АД и оценкой АГ по критериям ВОЗ, МОАГ (1999), липидный спектр и сахар крови, ЭКГ в 12 стандартных отведениях (Миннесотский код), ЭхоКГ, антропометрия, креатинин сыворотки крови. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БА) и артерий нижних конечностей (АНК) на ультразвуковом сканере ATL HD 5000 и Philips SONO ST 5000 у 1431 чел. (мужчин и женщин) с АГ (>= 140/90 мм рт.ст.) — случайная выборка и 3646 респондентов с выявленной АГ (каждый третий). Мужчины составили 51%, женщины — 49%. Критерии диагностики АС: повышение эхоструктуры комплекса «интима-медиа», ее утолщение свыше 1,0-1,9 мм (начальные проявления АС); наличие пристеночных и гемодинамически незначимых атером различной эхоструктуры (утолщение «интимы-медиа» более 2 мм), наличие атеросклеротических бляшек.

Результаты. Распространенность АГ среди железнодорожников Западной Сибири зарегистрирована в 47,5% случаев (у м. — 50,8%, у ж. — 44,5%, p<0,01). АС различной степени распространенности и тяжести БА и АНК выявлен у 519 человек с АГ (36,2%). Распространенность АС, сочетанного с АГ, у мужчин составила 22,1%, у женщин 14,1% (p<0,01). АС БА выявлен у 177 (47,3%) мужчин с АГ и у 88 (44,5%) женщин с АГ. Распространенность АС БА у мужчин установлена в 24,2% случаев, у женщин в 28,2% (p<0,05). Начальные проявления АС БА у женщин выявлялись в возрасте 30-39 лет, у мужчин в возрастной группе 40-49 лет (p<0,01). Различий в распространенности начальных признаков АС АНК среди мужчин и женщин не установлено (p>0,05). Отмечено достоверное превышение (в 2,5 раза) частоты встречаемости осложненной формы АС у мужчин с АГ (28,4%) по сравнению с женщинами с АГ (11,5%).

Заключение. Установлена высокая частота (у каждого третьего) мультифокального атеросклеротического поражения сосудов при АГ (различной локализации и степени тяжести) среди железнодорожников Западной Сибири.

Осложненная форма АС вен нижних конечностей (ВНК) (АС+стеноз, АС+аневризма) в 2,5 раза чаще встречались у мужчин того же возраста, чем у женщин (p<0,01). Так как одной из причин АГ может служить атерома в области каротидного синуса, АС АНК способствует повышению периферического сосудистого сопротивления, что, в свою очередь, опосредованно приводит к повышению АД и, следовательно, артериальной гипертонии.

Диагностированные у лиц с АГ атеросклероз БА и АНК, вероятно, следует рассматривать, как возможные ФР АГ и наоборот.

0390

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПАПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛИРАГЛУТИДА

Кудинов В.И., Ничитенко М.С., Сиротенко А.А.Ибрагимова Ф.А., Фомичева Н.П., Корсун Н.А.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

В последние годы большое внимание, как одной из причин развития и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений при сахарном диабете 2 типа (СД 2 типа), отводится гипогликемическим состояниям. Появление новых сахароснижающих препаратов с низким риском гипогликемии представляет интерес для практикующих врачей и больных СД. Подобным препаратом является лираглутид — первый аналог глюкаго-

ноподобного пептида-1(ГПП-1). Цель исследования: изучить возможности лираглутида для достижения компенсации углеводного обмена в различных клинических группах в зависимости от исходного уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и проследить риск возникновения гипогликемических состояний, динамику клинических признаков ишемической болезни сердца (ИБС).Методы исследования: 42 больных СД 2 типа и ИБС в возрасте от 44 до 53 лет (51,2 ± 0,8 лет), которые были распределены на 3 группы в зависимости от исходного значения HbA1c: 1 группа — 12 пациентов с впервые выявленным СД-2 при уровне HbA1c 6.5 — 7,5 %, 2 группа — 16 больных СД-2 с длительностью заболевания до 5 лет, которым проводилось комбинированное лечение метформином в сочетании с препаратамисульфонилмочевины, уровень HbA1c составлял — 7,5 — 9,0 %. 3 группа — 14 больных с впервые выявленным СД-2 и показателем HbA1c более 9,0 %. Пациенты всех 3-х групп получали метформин 2000 мг в сутки. В 1-й группе кроме метформина в качестве стартовой сахароснижающей терапии был назначен лираглутид в дозе 1,2 мг 1 раз в день. Больным 2-й группы лираглутид назначался вместо препаратов сульфонилмочевины. В 3-й группе до достижения целевого уровня глюкозы в крови коррекцию углеводного обмена проводили аналогами инсулина человекааспарт (НовоРапид®) идетемир (Левемир®), затем вместо аналогов инсулина был назначен лираглутид. Длительность наблюдения 3 месяца. АнализировалисьHbA1c, С-пептид, иммунореактивный инсулин (ИРИ), индекс инсулинорезистентностиHOMA, индекс массы тела(ИМТ), холтеровское мониторирование (ХМ-ЭКГ). Анализировались среднее количество эпизодов депрессии сегмента ST в течение суток и длительность девиации сегмента ST за сутки,определяли количество эпизодов и степень выраженности гипогликемического синдрома. Полученные результаты: использование лираглутида у пациентов СД-2 в сочетании с ИБС позволило в течение 3-х месяцев добиться снижения уровня HbA1c в среднем на 1,4 % и ИМТ в среднем на 2,9 кг/м2.При этом на фоне лечения лираглутидомне зарегистрировано появление гипогликемических состояний. Анализ показателей ХМ-ЭКГ показал, что через 3 месяца наблюдения наиболее значимые положительные изменения наблюдались у больных 2-й группы. Отмечено достоверное снижение ЧСС в сутки. Также в этой группе уменьшилось количество пациентов с депрессией сегмента ST на 55,5 % и число эпизодов депрессии ST в сутки. Подобная динамика показателейХМ-ЭКГ наблюдалась и в 1-й группе. Менее всего положительная динамика регистрировалась у пациентов 3-й группы, где по всем обсуждаемым позициям достоверной разницы не получено.

0391

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛИРАГЛУТИДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кудинов В.И., Ничитенко М.С., Павлова А.А., Ибрагимова Ф.А., Фомичева Н.П., Корсун Н.А., Беспалова Е.В.

РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Определить особенности течения артериальной гипертензии (АГ) при различном уровне гликозилированного гемоглобина (HbA1c) у больных сахарным диабетом 2типа (СД-2), оценить возможности лираглутида для коррекции углеводного обмена и его влияние на параметры и суточный ритм АД.

Методы исследования: Обследовано 42 больных СД-2, выделено 3 группы:

1 группа — 12 пациентов с впервые выявленным СД-2 — уровень HbA1c 6,5 — 7,5 %.

2 группа — 15 больных с длительностью СД-2 до 5 лет, которые получали метформин и препараты сульфонилмочевины — HbA1c 7,5-9,0 %. 3 группа -16 больных с впервые выявленным СД-2 — уровень HbA1c › 9 %. В 1-й группе назначен метформин и лираглутид, во 2-й группе лираглутид вместо сульфонилмочевины, в 3-й группе метформин и аналоги инсулина человека до достижения HbA1c менее 7,0 %, затем вместо инсулина назначен лираглутид. Анализировались глюкоза плазмы натощак (ГПН) и через 2 часа после еды (ППГ), HbA1c, индекс массы тела (ИМТ), частота и выраженность гипогликемических состояний, индекс инсулинорезистентности (ИР HOMA), показатели суточного мониторирования АД (СМАД) исходно и через 3 месяца лечения лираглутидом.

Результаты: Во всех трех исследуемых группах преобладали пациенты с суточным ритмом АД «non-dippers»(75-78%). В результате лечения, в группах, принимавших лираглутид, достоверно снизился уровень систолического АД(САД) во все временные промежутки, индекс времени АД улучшился в среднем на 34,8%. Количество больных с суточным ритмом АД«non-dippers» снизилось до 50%, а с суточным ритмом «dippers» возросло с 7,7% до 42,3%. В 1-й группе уменьшилось количество пациентов с суточным ритмом АД«night-

peaker» с 16,7% до 8,3%. В

3-й группе уровень САД и суточный ритм АД существенно не изменились. Во всех трех группах, на фоне лечения лираглутидом, выявлено достоверное снижение HbA1c, в среднем на 1,4%, ИР HOMA на 31,9% и уменьшение ИМТ на 2,4кг/м^2. Эпизодов гипогликемии на фоне приема лираглутида зарегистрировано не было.

Выводы: Лираглутид при лечении СД-2 в течение 3-х месяцев позволяет добиться снижения HbA1c на 1,4% и уменьшения ИМТ на 2,9 кг/м2, при отсутствии гипогликемических состояний. У всех пациентов на фоне терапии лираглутидом наблюдалось снижение САД во все временные промежутки, через 3 месяца лечения отмечено положительное влияние проводимой терапии на суточный ритм АД о чем свидетельствовало достоверное увеличение процента лиц с нормальным суточным ритмом АД («dippers») и уменьшение числа пациентов с повышенным АД в ночные часы («non-dippers») к концу периода наблюдения. Так же использование лираглутида способствовало снижению параметров нагрузки давлением с преимущественным влиянием на показатели индекса времени САД.

0392

ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кудряшова М.В.,[1] Мишина И.Е.,[1] Халикова Н.А.,[1] Шор Т.Н.[2]

[1]ГБОУ ВПО ИВГМА Минздрава России, Иваново

[2]ОГУЗ ОКД, Россия, Иваново

Введение: фибрилляция предсердий (ФП) является фактором риска развития ишемического инсульта (ИИ), а в условиях нарушенной ауторегуляции мозгового кровотока она может негативно влиять на репаративные процессы в зоне ишемии (Пышкина Л.И. 2003).

Цель исследования: оценить влияние ЧСС и уровня АД на выраженность неврологического дефицита (НД) в остром периоде ИИ у больных с постоянной формой ФП.

Методы: Обследовано 104 пациента в остром периоде ИИ, из них 1 группу составили 52 больных с постоянной формой ФП, 2 группу — 52 пациента с синусовым ритмом (СР). Анализировались ЧСС и АД в 1-ые сутки инсульта и на 21 сутки госпитализации. Неврологический статус пациентов оценивался по шкале NIHSS (the National Institute so Health Stroke Scale). РЕЗУЛЬТАТЫ. При сравнении показателей САД и ДАД на 1 сутки ИИ между пациентами 1 и 2 групп было выявлено, что у лиц с ФП значения САД и ДАД были достоверно ($p<0,05$) ниже, чем у пациентов с СР, соответственно 160,41±21,83 против 175,68±30,24 мм рт.ст. и 92,58±11,75 против 98,39±12,69 мм рт.ст. ЧСС у пациентов с ФП в 1 сутки превышала значения лиц с СР — 96,62±21,29 против 78,36±13,24 ударов в минуту (уд/мин) ($p<0,001$). Значения НД при поступлении у лиц 1 и 2 групп достоверно не различались. Больные с ФП были разделены на две подгруппы: с ЧСС более 80уд/мин и менее 80 уд/мин. В подгруппе больных с ЧСС более 80 уд/мин при поступлении по сравнению с пациентами, у которых ЧСС не превышала 80 уд/мин, достоверных различий показателей NIHSS в 1 сутки ИИ и к концу его острого периода найдено не было. На 21 сутки в обеих группах отмечалось достоверное снижение общего НД 11,07(1,00–30,00) до 5,52 (0,00–19,00) в 1 группе и 9,90 (0,00–26,00) до 3,61(0,00–14,00) во 2 группе, однако у больных с ФП значение NIHSS на момент выписки было выше, чем у пациентов с СР, соответственно 5,52 (0,00–19,00) против 3,61 (0,00–14,00), $p<0,05$, что свидетельствовало о худшем восстановлении лиц с ФП. К концу госпитализации у больных с ФП отмечалось значимое снижение САД с 160,41±21,83 до 129,52±11,76 мм рт.ст. ($p<0,01$), ДАД с 92,58±11,75 до 79,23±7,08 мм рт.ст. ($p<0,01$) и ЧСС с 96,62±21,29 до 75,67±8,07 уд/мин ($p<0,001$). Тоже самое наблюдалось у лиц с СР. Однако у 39,20 % лиц 1 группы к 21 суткам уровень АД превышал 140/90 мм рт.ст., в связи с чем эти пациенты были разделены на коридоры достигнутого АД от 120 до 139/89 мм рт. ст. и выше 140/90 мм рт.ст. У лиц с ФП и уровнем АД более 140/90 показатели NIHSS к концу выписки были выше, чем у больных с АД менее 140/90 мм рт.ст. 5,50(1,00–14,00) против 2,43(0,00–11,00), $p<0,001$. Пациенты с СР в зависимости от уровней АД различий в показателях NIHSS не имели. У 17,3% с ФП ЧСС к концу лечения превышала 80 уд/мин, но в зависимости от ЧСС достоверных различий НД найдено не было.

Заключение: к концу госпитализации больные с ФП в остром периоде ИИ имеют большую выраженность НД по сравнению с пациентами с СР. Уровень АД выше 140/90 мм рт.ст. к 21 суткам ИИ может оказывать вли-

яние на выраженность НД у больных с ФП.

0393

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Кузнецов В.А., Виноградова Т.О, Енина Т.Н., Криночкин Д.В., Колунин Г.В., Шебеко П.В.

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

Цель. Сравнить отдаленные результаты выживаемости пациентов с умеренной и выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне сердечной ресинхронизирующей терапии в зависимости от характера ритма сердца.

Материалы и методы. В исследование было включено 130 пациентов, вошедших в «Регистр проведенных операций сердечной ресинхронизирующей терапии»©. Критерии включения: ХСН II-IV функциональный класс по классификации NYHA, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≤35%, внутрижелудочковая и/или межжелудочковая диссинхрония, регистрируемая с помощью эхокардиографии. Все пациенты получали медикаментозную терапию в соответствии с действующими рекомендациями. Было выделено три группы: I гр. — синусовый ритм — 63 человека (52 мужчины, средний возраст 54±9 лет); II гр. — фибрилляция предсердий (ФП) без проведения радиочастотной абляции атриовентрикулярного узла (РЧА АВ-узла) — 28 человек (25 мужчин, средний возраст 57±11 лет); III гр. — ФП с РЧА — 39 человек (37 мужчин, средний возраст 55±10 лет). Средний период наблюдения составил 30±21 месяц.

Результаты. Статистически значимых различий между группами по клинико-демографическим характеристикам не было выявлено. Так же группы не различались по средней частоте сердечных сокращений по данным холтеровского мониторирования. Однако имелись электрокардиографические различия, так комплекс QRS был достоверно уже у больных III гр. (117±28 мс против 154±46 мс II гр. ($p<0.001$) и против 151±30 мс I гр. ($p<0.001$). Блокада левой ножки пучка Гиса достоверно чаще встречалась у больных I гр. в сравнении с пациентами III гр. (65% против 36%; $p=0.004$), при отсутствии различий со II гр. (61%, $p=0.7$). Имелись некоторые статистически значимые различия по данным эхокардиографии. У пациентов III гр. ФВ ЛЖ была достоверно выше, чем у пациентов I гр. (31.2±5 против 29.0±4, $p=0.016$). При этом статистически значимых различий между I и II гр. и II и III гр. не было ($p=0.7$ и $p=0.096$ соответственно). С помощью метода Каплана-Мейера было выявлено, что выживаемость больных с ФП, которым проводилась РЧА АВ-узла была достоверно выше на всем периоде наблюдения, в сравнении с пациентами с синусовым ритмом и с пациентами с ФП без РЧА. В конце периода наблюдения выживаемость в I гр. составила 60%, во II гр. — 58%, в III гр. — 97%; $p=0,023$. Статистических различий в выживаемости между пациентами I и II групп получено не было ($p=0,5$).

Выводы. В реальной клинической практике, у пациентов с ХСН осложненной ФП, проведение РЧА способствовало более лучшей выживаемости, в сравнении с пациентами с ФП без РЧА и с синусовым ритмом.

0394

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Гультяева Е.П., Бессонов И.С., Самойлова Е.П.

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

Цель исследования: выявить особенности ишемической болезни сердца у пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии.

Материалы и методы исследования: с использованием «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» из 4560 пациентов было отобрано 252 пациента с поражением ствола левой коронарной артерии (ЛКА). Контрольную группу составили 2694 пациентов с гемодинамически значимым поражением коронарных артерий, без вовлечения ствола левой коронарной артерии. Все пациенты были со стабильной

ишемической болезнью сердца. Пациенты исследуемой группы были старше пациентов из группы сравнения (средний возраст 58,3±8,28 и 55,9±7,97, p<0,001).

Результаты: При анализе клинической характеристики для больных основной группы было характерно наличие более выраженных проявлений стенокардии напряжения (ФК III-IV: 73,4% против 46,9%, p<0,001) и сердечной недостаточности (III-IV ФК по NYHA: 24,6 % и 17,2% p=0,03). Однако, по таким факторам риска ишемической болезни сердца как курение, ожирение, сахарный диабет, в сравниваемых группах не было выявлено статистически значимых межгрупповых различий. Необходимо отметить, что частота безболевой ишемии миокарда в сравниваемых группах не отличалась (2,8% и 3,4%, p>0,05). Данные, полученные с помощью комплексного эхокардиографического обследования продемонстрировали, что у пациентов основной группы отмечалось увеличение диаметра левого предсердия (41,8±4,11 против 41,3±4,52 p= 0,011), толщины межжелудочковой перегородки (12,7±1,97 и 12,3±1,96 p= 0,016) и задней стенки левого желудочка (11±1,42 и 10,8±1,37 p= 0,001). Также было характерно увеличение массы миокарда левого желудочка (299,1 ± 5,1 и 283,7 ± 1,4, p= 0,001). Анализ общей ангиографической характеристики показал, что для пациентов с поражением ствола ЛКА было характерно более выраженное поражение коронарного русла: более частое поражении огибающей ветви левой коронарной артерии (50,8% против 38,8%, p= 0,001), правой коронарной артерии (66,3% против 59,7%, p= 0,042) и интермедиарной ветви (8,3% против 5%, p= 0,024).

Для оценки возможных предикторов наличия стенотического поражения ствола левой коронарной артерии проводили мультивариантный анализ- бинарную логистическую регрессию. Выявлено что у пациентов с ишемической болезнью сердца при увеличении возраста на каждый год жизни, вероятность стенотического поражения ствола ЛКА увеличивалась на 4% (ОШ=1,04; 95% ДИ 1,02-1,05, p<0,001).

Выводы: пациенты с поражением ствола левой коронарной артерии характеризовались более тяжелым течением ишемической болезни сердца, выраженными ангиографическими и эхокардиографическими изменениями. Наличие стеноза ствола левой коронарной артерии ассоциировалось с увеличением возраста.

0395

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТРАКОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ДАННЫМ «РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ТРАСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ»

Кузнецов В.А., Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И., Криночкин Д.В., Марьинских Л.В.

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

Цель исследования: оценить гендерные особенности интракоронарных вмешательств по данным «Регистра проведенных операций траслюминальной баллонной ангиопластики» (ТБКА) ©.

Материал и методы: В «Регистр проведенных операций ТБКА» © с 1996 по 2012 гг. вошло 4890 пациентов: 4121 мужчин и 769 женщин.

Результаты: В сравнении с мужчинами женщины были старше (58,2±8,6 против 53,4±8,3 года, p<0,001), имели более высокие показатели индекса массы тела (31,4±5,3 против 29,0±4,4 кг/м2, p<0,001), уровня общего холестерина (5,6±1,5 против 5,3±1,3 ммоль/л, p<0,001), цифр систолического (141,1±22,2 против 135,1±20,8 мм рт.ст., p<0,001) и диастолического артериального давления (86,5±11,8 против 85,4±12,0 мм рт.ст., p=0,014). У женщин чаще, чем у мужчин выявляли сахарный диабет (22,5% против 10,0%, p<0,001), артериальную гипертонию (92,0% против 75,6%, p<0,001), отягощенный наследственный анамнез по ИБС (31,3% против 23,5%, p<0,001). У женщин чаще встречались более тяжелые функциональные классы стенокардии напряжения (III-IV ФК — 62,8%, против 50,0%, p<0,001) и сердечной недостаточности (III-IV ФК NYHA– 28,1% против 13,4%, p<0,001). Мужчины чаще курили (45,4% против 9,9%, p<0,001), употребляли алкоголь (26,6% против 9,0%, p<0,001), у них чаще встречался перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (51,8% против 40,2%, p<0,001). Из эхокардиографических характеристик у мужчин по сравнению с женщинами наблюдались большие линейные размеры сердца, был больше размер асинергии левого желудочка (ЛЖ) (15,9±15,1 против 13,7±14,7%, p=0,001) и ниже фракция выброса ЛЖ (54,5±8,7 и 55,4±8,6 %, p=0,008). По ангиографическим характеристикам у женщин чаще наблюдалось поражение передней межжелудочковой ветви (71,3% против 62,4%, p<0,001) и чаще проводилась ТБКА этой артерии (53,7% против 48,5%, p=0,01). Женщинам чаще проводилась первичная ТБКА (14,3% против 9,2%, p<0,001). Коронарное стентирование также чаще выполнялось у женщин (93,6% против 88,5%, p<0,001). В то же время количество установленных

стентов было одинаковым (1,3±0,6). Стенокардия напряжения после вмешательства наблюдалась приблизительно в равном количестве случаев (3,8% у мужчин и 3,2% у женщин, p>0,05), оптимальный ангиографический результат чаще достигался у женщин, чем у мужчин (97,9% против 96,4%, p=0,04). Общее количество осложнений госпитального периода чаще выявляли у женщин, чем у мужчин (3,2% против 1,9%, p=0,01). У женщин была выше послеоперационная летальность (0,9% против 0,3%, p=0,03), чаще развивались постпункционные гематомы (15,0% против 4,6%, p<0,001).

Выводы: По данным «Регистра проведенных операций ТБКА» были выявлены значимые различия в клинико-функциональных, эхокардиографических, ангиографических характеристиках мужчин и женщин, подвергшихся интракоронарному вмешательству, а также в частоте, характере и непосредственном результате интракоронарных вмешательств. Данные различия заключались в более тяжелых проявлениях заболевания и менее удовлетворительных результатах ТБКА у женщин.

0396

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ИНТРАКОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ДАННЫМ «РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ТРАСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ»

Кузнецов В.А., Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И., Криночкин Д.В., Горбатенко Е.А.

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

Цель исследования: выявить этнические особенности при интракоронарных вмешательствах по данным «Регистра проведенных операций траслюминальной баллонной ангиопластики» (ТБКА)©.

Материал и методы: Из 6007 пациентов «Регистр проведенных операций ТБКА» с 1996 по 2012 гг. были отобраны 3516 пациентов и сформированы 5 этнических групп: русские (n=3160), татары (n=143), украинцы (n=127), азербайджанцы (n=48) и армяне (n=38). Проведено межгрупповое сравнение клинико-функциональных параметров и результатов ТБКА.

Результаты: В группе татар было 17,5% женщин, среди русских — 17,4%, в группе украинцев — 5,5%, среди армян — 5,4%, среди азербайджанцев — 2,1% (p<0,05).

Наблюдались достоверные межгрупповые различия по возрасту пациентов: самой молодой была группа азербайджанцев, средний возраст которых составил 49,25±7,4. Достоверно старше были группы русских, татар и украинцев (55,1±8,5, 53,1±8,1 и 54,0±7,6 соответственно, p<0,05). Распространенность курения в группе азербайджанцев была достоверно выше, чем у русских (54,3% против 39,5%, p<0,05). По употреблению алкоголя достоверно различались группы армян и русских (46,4% против 25,1%, p<0,05). В группе армян в сравнении с татарами реже выявляли более тяжелые функциональные классы стенокардии напряжения (III-IV ФК — 25,0%, против 59,6%, p<0,05), в сравнении с русскими, татарами и украинцами реже диагностировали артериальную гипертонию (57,9% против 82,7%, 78,3%, 84,3% соответственно, p<0,01). Сахарный диабет чаще выявляли у азербайджанцев по сравнению со всеми группами — русскими, татарами, украинцами и армянами (39,6% против 12,5%, 11,2%, 15,1%, 15,8% соответственно, p<0,05). При анализе ангиографических характеристик у армян чаще выявляли гемодинамически значимое поражение огибающий ветви в сравнении с русскими и украинцами (50,0% против 32,0% и 29,9% соответственно p<0,05). По остальным ангиографическим показателям группы достоверно не различались. Коронарное стентирование выполняли приблизительно в равном количестве случаев (96,2% у русских, 98,5% у татар, 99,2% у украинцев, 95,7% у азербайджанцев и 97,4% у армян). Среднее количество установленных стентов также было одинаковым (в среднем 1,3 стента на артерию). По результатам интракоронарного вмешательства и количеству осложнений госпитального периода группы значимо не различались.

Выводы: При сравнении этнических групп по данным «Регистра проведенных операций ТБКА» не было выявлено достоверных различий по частоте, особенностям и результатам ТБКА. При сравнении клинико-функциональных характеристик наименее благоприятно выглядела группа азербайджанцев — распространенность некоторых факторов риска у них оказалась выше, несмотря на более молодой возраст.

0397

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ПЕРИОДА

Кузьмина Е.С., Власова М.М., Баранцевич Е.Р., Пахомов А.В..

Медицинское объединение «Она», Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова.

Дуплексное сканирование и МРТ артерий головного мозга расширяет наше представление о вариабельности и численности малых аномалий артерий головного мозга (МААГМ), как о проявлении недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Физиологические изменения системной гемодинамики во время беременности, родов и раннего послеродового периода закономерно усугубляют компенсированный дефицит локальной гемодинамики в бассейне аномальной артерии головного мозга, потенцируя транзиторную ишемию нейрона и соответствующую неврологическую симптоматику.

Цель: Изучить клинико-инструментальные корреляции архитектоники МААГМ, их гемодинамики и неврологической симптоматики в покое и при активной ортостатической пробе (АОрП) у женщин детородного возраста в период подготовки к беременности.

Методы: Обследовали 52 женщины 18-38 лет, у которых на ЭХО КГ были выявленымножествененые ложные хорды и трабекулы левого желудочка, на МРТ в ангиорежиме (МРТ АГ) выявлены МААГМ, в разные годы был поставлен диагноз ВСД с цефалгическим синдромом, с синдромом синкопальных состояний и пароксизмальных вертиго. Эпилепсия, рассеянный склероз, патология внутреннего уха, вазо-вагальные обмороки были критериями не включения в исследовании. Все пациентки были направлены к неврологу в рамках профилактического наблюдения в период подготовки к беременности. Девять пациенток планировали вторую беременность, у четырех из них ранний послеродовый период первой беременности протекал с выраженным усугублением синдромов ВСД. По данным МРТ АР и Дуплексного сканирования в ЦДК экстра и интракраниальных артерий (ДСЭИКА) у всех 52 женщин, в подтверждение МРТ АГ были диагностированы разные по степени выраженности и сочетаниям МААГМ, преимущественно в ВББ: асимметрия диаметров и кинематики потоков как контрлатеральных Позвоночных Артерий (ПА), так и в разных сегментами одной ПА, извитость ПА и Базилярной Артерии (БА), слепое окончания ПА в Заднюю Мозжечковую Артерию (ЗМозжА), особенность кругов Виллизия и Захарченко. Всем пациенткам проводили активную ортостатическую пробу (АОрП) — резкая активная вертикализация позы из положения лежа, при этом оценивали градиент линейной скорости кровотока (ЛКС) и индексов периферического сопротивления, а так же время их восстановления до исходных в БА и ПА. Разработали и использовали шкалу МРТ-Дуплекс МААГМ в таблице XL, что унифицировало протоколы исследований. В неврологическом статусе оценивали наличие затухающего нистагма и продолжительность его затухания при АОрП, устойчивость в прозе Ромберга в покое и после АОрП. Для оценки и анализа субъективных жалоб при АОрП разработали и использовали шкалу-вопросник переносимости АОрП (ШПАОрП): от 0 баллов — нет перемен в самочувствии, до 5 баллов- чувство дурноты, потемнения в глазах глазами, резкая и нарастающая общая слабость с чувством неустойчивости позы и пошатывания более 3 секунд, что сопровождает каждую быструю активную вертикализацию.

Результаты: Выявлено и описано 16 вариантов МААГМ: 10 из них — интракраниальной локализации, 6 — экстракраниальной. Сочетание гипоплазии ПА на всем протяжении, её слепого окончания в ЗМозжА, дистопии входа в позвоночный канал, гипоперфузии в этой ПА в покое выявлено у 5 пациенток, четверо из которых имели роды в анамнезе с ухудшением течения ВСД в раннем послеродовом периоде. При этом варианте МААГМ ортостатическая гипоперфузия в БА и ПА при АОрП была наиболее выраженной и длительной. Полученные инструментальные данные сочетались у этих пациенток, во-первых, с наиболее выраженными неврологическими симптомами при АОрП (более 5 нистагмоидных движений, шаткость в не усложненной пробе Ромберга), а во-вторых, с наибольшим числом баллов в группе по шкале переносимости АОрП.

Выводы: У женщин детородного возраста с МААГМ, как проявление не дифференцированной ДСТ функционально-нагрузочный тест АОрП выявил пограничные значения субклинической ортостатической гипоперфузии в артериях ВББ (градиент ЛСК не более 20% длительностью не более 20сек). Полученные клинико-инструментальные корреляции МРТ АГ, неврологического статуса и ДСЭИКА позволяют использоваться АОрП для моделирования прогноза и стратификации сосудистого риска пациенток с различными вариантами МААГМ в период подготовки к беременности.

0398

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕТОК МИОКАРДА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА

Кузьмин А.Г., Сепп А.В., Мельникова С.Л.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Постинфарктное ремоделирование сердца характеризуется гибелью кардиомиоцитов и нарушением структурно-функционального состояния внеклеточного матрикса за счёт усиления процессов фиброза. Центральным звеном в развитии фиброза является трансформирующий фактор роста β1 (TGF-β1), который ингибирует матриксные металлопротеиназы (ММП) и служит медиатором множества эффектов ангиотензина II.

Цель исследования — изучить клетки миокарда, экспрессирующие TGF-β1, ММП 2 и 9 у умерших пациентов с Q- инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Исследование проведено на аутопсийном материале — миокарде периинфарктной зоны левого желудочка 35 пациентов. Из них 30 пациентов основной группы, перенесшие Q-ИМ различной локализации, давностью от 3 до 5 лет, и 5 пациентов контрольной группы без патологии сердечно-сосудистой системы. Иммуногистохимическое исследование выполнено на парафиновых срезах биотин-стрептавидиновым иммунопероксидазным методом мышиными моноклональными антителами к матриксным ММП-2, 9 и TGF-β1. Вторичными антителами служили козьи антимышиные антитела, рекомендованные производителем в системе визуализации. Экспрессия считалось отрицательной, если позитивных клеток было менее 10% в поле зрения, положительной и соответствовала 1 баллу при наличии 10-25% клеток, 2 баллам — 25-50% клеток, 3 баллам — 50-75% клеток, 4 баллам — более 75% клеток. Группы сравнивались с использованием критерия χ^2, различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Нами установлено достоверное ($p<0,05$) увеличение массы миокарда до 486±42,8 г. в сравнении с контролем на 23-31%, утолщение стенок левого желудочка до 17,5±2,45 мм и увеличение продольного и поперечного размеров сердца, за счёт всех его камер. Достоверно высокой экспрессирующей активностью в отношении ММП-2 обладают фибробласты в сравнении с макрофагами ($p<0,04$), эндотелиальными клетками и нейтрофилами ($p<0,000$), ММП-9 экспрессируется преимущественно макрофагами и фибробластами. Достоверно высокий уровень экспрессии трансформирующего фактора βI доказан у фибробластов в сравнении с эндотелиальными клетками ($p<0,005$), макрофагами и нейтрофилами ($p<0,000$).

Проведённый корреляционный анализ между массой миокарда и изучаемыми показателями, выявил прямые связи средней силы ($r=0,21$) между ММЛЖ и ММП-9 и прямые связи средней силы ($r=0,39$) между TGF-βI и ММЛЖ.

Выводы. Таким образом, в периинфарктной зоне миокарда ММП-2 и TGF-βI экспрессируются преимущественно фибробластами, ММП-9 макрофагами. Экспрессия ММП-2 и 9 указывает на активацию коллагенолитических процессов экстрацеллюлярного матрикса, экспрессия TGF-βI свидетельствует о процессах фиброзирования. Повышение уровня клеточной продукции ММП-2 и 9, TGF-βI может свидетельствовать о наличии фокального воспаления, следствием которого является прогрессирующая утрата кардиомиоцитов по типу некроза, что является одним из звеньев постинфарктного ремоделирования сердца и формирования высокого функционального класса хронической сердечной недостаточности.

0399

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИИ

Куклина А.Л., Ребров А.П.

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

Цель. Выявление особенностей почечной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией при наличии и отсутствии фоновой патологии.

Методы исследования. Проведено исследование сплошной выборки 302 пациентов с артериальной ги-

пертензией (АГ), находившихся на лечении в кардиологическом отделении Областной клинической больницы. Учитывались пол; возраст; длительность течения АГ; наличие факторов риска, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по Кокрофту-Голту, MDRD и Майо; данные анализов мочи, общего и биохимического анализов крови.

Результат. Пациенты были разделены на 2 группы — с эссенциальной АГ (n=211) и с АГ на фоне различной патологии (сахарный диабет, урологические и ревматологические заболевания) (n=91), сопоставимые по полу и возрасту. Среди обследованных преобладали женщины — 53,6% в 1 группе и 65,9% во 2 группе (p>0,05). Медиана возраста составила 50 [42; 54] лет в 1 группе и 54 [49; 56] года во 2 группе (p>0,05). Медиана максимального САД в анамнезе — 180 [160; 210] мм рт.ст. в 1 группе и 200 [180; 240] мм рт.ст. во 2 группе, максимального ДАД — 100 [100; 120] и 110 [100; 120] мм рт.ст. соответственно (p>0,05). Медина дебюта АГ составила 40 [30; 47] лет в 1 группе и 38 [30; 47] лет во 2 группе (p>0,05). Медиана длительности течения АГ — 6 [3; 14] лет и 12 [6; 21] лет соответственно (p>0,05). Значимы были различия во встречаемости стенокардии напряжения (у 15,6% пациентов в 1 группе и у 29,7% во 2 группе, p<0,05) и сердечной недостаточности (СН) (у 49,8% и 73,6% соответственно, p<0,001). Различия в частоте возникновения инфаркта миокарда и инсульта в обеих группах незначимы. Доля курящих лиц в 1 группе значимо больше — 26,1% против 13,2% во 2 группе (p<0,05). Абдоминальное ожирение встречалось чаще во 2 группе — у 74,7% пациентов против 60,7% в 1 группе (p<0,05), доля лиц с ожирением III степени во 2 группе также была выше — 22,6% против 3,7% в 1 группе (p<0,001). Отягощена наследственность у 65% лиц в обеих группах. Гиперхолестеринемия встречалась у 67,3% пациентов 1 группы и у 79,1% лиц 2 группы (p>0,05). При расчете медианных значений СКФ у пациентов 1 и 2 группы, а также внутри 2 группы значимых различий не выявлено. Наибольший разброс показателей наблюдался при расчете СКФ по методу Кокрофта-Голта (111-98 мл/мин), минимальный — MDRD (67-73,4мл/мин) и Майо (91,4-96,2мл/мин). Диагноз нефропатии значительно чаще выставлялся во 2 группе — у 39,6% пациентов против 9,5% (p<0,001), значимая протеинурия также чаще встречалась во 2 группе — 4,4% против 0% (p<0,05), однако в 1 группе чаще выявлялись снижение СКФ и удельного веса мочи — 42,2% против 20,9% (p<0,001). Различия во встречаемости микроальбуминурии (МАУ) и ХПН были не значимы.

Выводы: Данное исследование выявило недостаточность диагностики нефропатии у больных АГ без сопутствующей патологии, а также недостаточную коррекцию модифицируемых факторов риска (ожирение, курение, гиперхолестеринемия) в обеих группах пациентов. Во 2 группе чаще встречалась значимая протеинурия, в 1 группе — снижение СКФ и удельного веса мочи. Значения СКФ, встречаемость МАУ и ХПН были сравнимы в обеих группах пациентов.

0400

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Куклина А.Л., Ребров А.П.

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

Цель. Выявление гендерных особенностей СКФ у пациентов с артериальной гипертензией при наличии и отсутствии фоновой патологии.

Методы исследования. Проведено исследование сплошной выборки 302 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), находившихся на лечении в кардиологическом отделении Областной клинической больницы. Учитывались пол; возраст; длительность течения АГ; наличие факторов риска, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по Кокрофту-Голту (КГ), MDRD и Майо; данные общего и биохимического анализов крови.

Результат. Пациенты были разделены на 2 группы — с АГ без сопутствующей патологии (n=211) и с АГ на фоне различной патологии (сахарный диабет, урологические и ревматические заболевания) (n=91), сопоставимые по полу и возрасту. Среди обследованных преобладали женщины — 53,6% в 1 группе и 65,9% во 2 группе (p>0,05). Медиана возраста составила 50 [42; 54] лет в 1 группе и 54 [49; 56] года во 2 группе (p>0,05). Медиана максимального САД в анамнезе — 180 [160; 210] мм рт.ст. в 1 группе и 200 [180; 240] мм рт.ст. во 2 группе, максимального ДАД — 100 [100; 120] и 110 [100; 120] мм рт.ст. соответственно (p>0,05). Медина дебюта АГ составила 40 [30; 47] лет в 1 группе и 38 [30; 47] лет во 2 группе (p>0,05). Медиана длительности течения АГ — 6 [3; 14] лет и 12 [6; 21] лет соответственно (p>0,05). Доля курящих лиц в 1 группе значимо больше — 26,1% против 13,2% во 2 группе (p<0,05). Абдоминальное ожирение встречалось чаще во 2 группе — у 74,7% пациентов против 60,7% в 1 группе (p<0,05), доля лиц с ожирением III степени во 2 группе также была

выше — 22,6% против 3,7% в 1 группе (p<0,001). Отягощена наследственность у 65% лиц в обеих группах. Гиперхолестеринемия встречалась у 67,3% пациентов 1 группы и у 79,1% лиц 2 группы (p>0,05). При расчете медианных значений СКФ у пациентов 1 и 2 группы, а также внутри 2 группы значимых различий не выявлено. Наибольший разброс показателей наблюдался при расчете СКФ по методу Кокрофта-Голта (111-98 мл/мин), минимальный — MDRD (67-73,4 мл/мин) и Майо (91,4-96,2 мл/мин). Обе группы пациентов были разделены на подгруппы по полу и значениям СКФ (>90 мл/мин, 60-89 мл/мин и <60 мл/мин). В 1 группе при расчетах по КГ значимо чаще у мужчин встречалась СКФ>90 мл/мин (77,6% против 54,9% у женщин, p<0,001), у женщин — СКФ в диапазоне 60-89 мл/мин (38,9% против 21,4% у мужчин, p<0,05). При расчетах по MDRD в 1 группе у женщин чаще регистрировалась СКФ<60 мл/мин — в 20,4% случаев против 7,1% у мужчин, p<0,05. При расчетах по Майо у женщин значимо чаще выявлялась гиперфильтрация — у 50,4% против 30,6% у мужчин, p<0,05. Во 2 группе гендерных различий при расчетах по всем трем формулам не было.

Выводы: Данное исследование выявило более частую встречаемость средних и сниженных значений СКФ, гиперфильтрации у женщин с эссенциальной гипертензией. При наличии сопутствующей патологии у больных с АГ гендерные различия в значениях СКФ не отмечены.

0401

О КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ПЕРСОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Куклин С.Г.

ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Анализ индивидуальной динамики состояний кардиологических пациентов остается недостаточно изученной проблемой. Концепция персонального подхода к лечебным мероприятиям обсуждается, чаще всего, с точки зрения особенностей генома индивида. Вместе с тем понятно, что итоговая динамика клинических проявлений заболевания зависит от множества эндогенных и экзогенных процессов. Для анализа целостной клинической картины оправдана попытка количественно оценить все доступные индикаторы состояния как субъективные (симптомы), так и объективные (признаки) у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) при ежедневных непрерывных наблюдениях.

Цель. Оценить количественно индивидуальную динамику всех доступных клинических симптомов и признаков при ежедневном наблюдении у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проведено обсервационное исследование серий случаев во времени у 42 больных АГ (мужчин-29, женщин-13, средний возраст в группе-47,2±11,3 г.). Выполнены многодневные непрерывные наблюдения с ежедневной количественной оценкой симптомов и признаков в баллах. Среднее время ежедневного наблюдения одного пациента составило 15,5±6,8 суток (от 5 до 30 дней). Суммарное время наблюдения за всеми пациентами составило 634 дня (1 год 10 месяцев). Ежедневно рассчитывался прирост числа баллов всех клинических симптомов и, формируемых на их основе, шкал тревоги, депрессии, боли, локального воспаления путем вычитания из суммы баллов текущего дня суммы однотипных баллов предыдущего дня. При обработке данных использовался частотный и корреляционный анализ, аппарат анализа цепей Маркова, искусственные нейронные сети.

Результаты. Ежедневное использование шкал оценки боли, тревоги и депрессии у больных гипертонической болезнью выявляет соответствующую симптоматику в подавляющем большинстве дней наблюдения (79,1% , 75,4% и 71,2% соответственно). Общим для всех исследованных симптомов, является высокая вариабельность от дня ко дню, когда чередование роста и уменьшения амплитуды и длительности симптомов занимает более половины срока наблюдения. Это не может быть объяснено изменением терапии, которая была относительно стабильной. Повышения АД включены в индивидуальный изменчивый контекст психо-аффективных реакций и локальных низкоинтенсивных воспалительных процессов. Анализ гемодинамической структуры повышений АД выявил, в ряде случаев, повторяющиеся индивидуальные паттерны, но чаще выявляется меняющаяся гемодинамическая структура подъемов АД даже у одного и того же человека. Это аргумент в пользу индивидуального мониторирования особенностей гемодинамики при кризах для оказания персонализированной помощи в каждом отдельном эпизоде повышения АД.

Заключение. Персонализированный подход к ведению пациентов с АГ требует, вероятно, мониторирования не только гемодинамических параметров, но и индикаторов психо-аффективного и воспалительного статуса.

0402

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАЛЫХ СЕРДЕЧНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Кулешов А.В.

ВНМУ им. Н.И.Пирогова, Винница, Украина

Известно, что малые сердечные аномалии (СА) — нередкое явление у людей любого возраста, но в последнее время максимальный акцент делается на их выявлении у подростков. Зачастую у родителей возникает ряд вопросов об их значимости для здоровья ребенка и возможных осложнений при их выявлении. Мнения как научных сотрудников, так и практикующих врачей по этому вопросу разностороннее. Т.есть, наличие СА у детей считается либо вариантом нормы, либо неблагоприятным фактором риска возникновения осложнений. Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой цель: изучить функциональное состояние сердечно сосудистой системы у детей с малыми сердечными аномалиями при помощи проведения эхокардиографии и холтеровского мониторирования ЭКГ.

Метериалы и методы. Мы обследовали 48 детей (основная группа), с аномально прикрепленными хордами (АПХ) в левом желудочке сердца и пролапсом митрального клапана (ПМК) при помощи эхокардиографии и холтеровского мониторовани ЭКГ. Первую подгруппу основной группы составили дети с АПХ (21), вторую — с ПМК (19) и 8 детей — третью с одновременным наличием АПХ и ПМК. Результаты сопоставляли с данными детей группы контроля (39).

Результаты. У всех детей основной группы было отмечено увеличение средних значений вариабельности ритма сердца rMSSD, pNN50 (парасимпатикотония), так и уменьшение SDNN, SDNN-i, SDANN-i (симпатикотония). Таким образом, имеет место напряжение обоих отелов ВНС. Важно отметить, что выраженная симпатикотония, со снижением влияния парасипатического отдела ВНС (снижение rMSSD, pNN50) на сердечный ритм отмечалась в третьей подгруппе детей. Кроме того, у 5 (62,5%) детей данной группы отмечался гиперкинетический синдром. У остальных детей нарушения центральной гемодинамики отмечено не было. Среди аритмий доминировали супра- и вентрикулярные экстрасистолы, что было отмечено у 11 (52,4%) детей с АПХ, у 9 (47,46%) с ПМК, и у 6 (75%) детей с АПХ+ПМК. Экстрасистол высоких градаций отмечено не было.

Выводы. Таким образом, одновременное наличие 2-х малых сердечных аномалий у детей ведет к увеличению количества экстрасистол и прогрессированию вегетативных нарушений. Данные дети должны быть под постоянным контролем детских кардиологов.

0403

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кулик Н.А., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Белозеров К.В., Губская П.М., Горицына В.Е.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. Великий Новгород

Вопросы ремоделирования сердца и сосудов при артериальной гипертензии (АГ) всегда были предметом исследований. До настоящего времени идут дискуссии о превалировании развития структурных изменений в сосудах или в сердце. Большинство исследователей считают, что эти изменения идут сопряженно. Представляется интересным изучить последовательность развития структурных изменений в сердце и в сосудах.

Цель исследования. Изучить особенности развития диастолической дисфункции левого желудочка, изменений интима-медиа сонной артерии и нарушений эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии у больных АГ.

Материал и методы исследования. Обследованы 25 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), средний возраст больных составил 49,4±1,3 лет. Обследование проводилось в состоянии покоя. Самым ранним проявлением ремоделирования сердца является нарушение диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ). Исследование ДФЛЖ проводилось методом допплерэхокардиографии. За основу взят показатель Е/А<1,0. Для оценки эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) проводилась проба с реактивной гиперемией, регистрировали изменение диаметра плечевой артерии (ПА). ЭЗВД считалась нормальной при регистрации прироста диаметра ПА на 10 % и более. Исследование общих сонных артерий (ОСА) проводилось при помощи ультразвукового триплексного сканирования — определялась толщина интима-медиа (ТИМ) ОСА. В исследование

включались больные, у которых при ультразвуковом триплексном сканировании не были выявлены признаки атеросклероза ОСА. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования. По изменениям ДФЛЖ и нарушениям ЭЗВД ПА все больные разделились разделены на группы: больные с нормальной ДФЛЖ и с нормальной ЭЗВД — 48%; больные с диастолической дисфункцией (ДДЛЖ) и нормальной ЭЗВД — 24%; больные с нормальной ДФЛЖ и сниженной ЭЗВД — 16%; больные с ДДЛЖ и сниженной ЭЗВД — 12%.

Полученные результаты позволяют думать о том, что самые ранние проявления ремоделирования сосудов и миокарда сопряжены не так часто как это принято считать. Так сочетанное рамоделирование сердца и сосудов встречалось только в 12% случаев, тогда как вариант с преимущественным ремоделированием сердца — в 24% случаев, а первоначальное развитие эндотелиальной дисфункции без структурно-функционального ремоделирования миокарда выявлено у 16% обследованных больных АГ. Признаков ремоделирования ни сердца, ни сосудов у 48% больных на данном этапе эволюции АГ не было выявлено. Только у 12 % больных АГ структурно-функциональные изменения в миокарде и сосудах развивались сочетанно. В 40% случаев процессы ремоделирования сосудов и сердца шли преимущественно либо в миокарде, либо в сосудах.

0404

ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Куликова Т.Г., Степанова О.В., Ткачев Г.А., Валихов М.П., Полтавцева Р.А., Сухих Г.Т., Масенко В.П.

ФГБУ « Российский кардиологический научно-производственный комплекс», Москва

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», Москва

Существующая цитокиновая гипотеза развития сердечной недостаточности основана на том, что избыточная продукция провоспалительных цитокинов, включая фактор некроза опухоли альфа (TNFα), наблюдаемая при этом заболевании, вносит большой вклад в патогенез сердечной недостаточности. Эта гипотеза была подтверждена в модельных экспериментах с генетически модифицированными животными, но полученные результаты сложно перенести, транслировать на людей. Целью нашего исследования являлось изучение патологических процессов, происходящих в человеческих кардиомиоцитах при воздействии провоспалительных цитокинов.

Для изучения патологических изменений в кардиомиоцитах, связанных с действием провоспалительных цитокинов, культивируемые фетальные кардиомиоциты человека были проинкубированы с TNF-α. Для выявления уровней экспрессии генетических маркеров гипертрофии, таких как предсердный натрийуретический пептид (ANP), мозговой натрийуретический пептид (BNP), саркомерный белок α-скелетный актин (α-SKA), был применен метод количественной ПЦР в реальном времени. Результаты получали через 2 часа (ранние сроки инкубации) и 24 часа (поздние сроки инкубации).

Полученные результаты показали значимое увеличение уровней экспрессии ANP через 24 часа после введения провоспалительных факторов, в то время как после 2 часов инкубации уровни экспрессии ANP увеличивались незначительно. В настоящем исследовании впервые было продемонстрировано, что прямое воздействие провоспалительных факторов на фетальные кардиомиоциты человека приводит к выраженной патологической гипертрофической реакции этих клеток. Было обнаружено, что гипертрофический ответ зависит от времени инкубации кардиомиоцитов с провоспалительными факторами и значительно повышается на поздних сроках инкубации.

Наши результаты говорят о том, что гипертрофические и воспалительные сигнальные пути тесно связаны между собой в кардиомиоцитах, и что противовоспалительное лечение может быть терапевтически эффективным. Необходимы дальнейшие исследования для точного понимания механизмов развития заболевания и роли провоспалительных цитокинов в патологических кардиальных процессах. Интересно, что некоторые новые экспериментальные данные достаточно противоречивы и демонстрируют двуликую природу провоспалительных цитокинов, т.е. иногда даже цитопротективную, так называемый SAFE путь. Это подчеркивает динамическую составляющую действия провоспалительных цитокинов, зависящую от концентрации, времени действия и типа рецептора.

0405

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Кулюцин А.В., Олейников В.Э., Романовская Е.М.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: сравнить целесообразность применения различных тромболитических препаратов у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) в условиях Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко.

Методы исследования: ретроспективно проанализировано 490 историй болезней пациентов с STEMI, госпитализированных в кардиологическое отделение в период с 2009-2011 гг. с заполнением Индивидуальных карт и последующей статистической обработкой результатов. Тромболитическая терапия (ТЛТ) была проведена 259 больным: из них 215 (83%) мужчин и 44 (17%) женщины, в возрасте от 34 до 77 лет (54,9±9,6 лет).

Результаты: всего больные с STEMI за данный период времени составили 39-40% от всех лиц с острым коронарным синдромом (ОКС). На догоспитальном этапе (n=140) проведено 54% ТЛТ, на госпитальном этапе (n=129) — 46% (из них 4% пришлось на ЦРБ). Время от начала болевого синдрома до введения тромболитика составило: ‹ 90 мин — 22%, 90-180 мин — 34%, 180-360 мин — 26%, › 360 мин — 12%, в 6% случаев временной интервал не отмечен. ТЛТ проводилась препаратами: 49 больным была введена актилизе, 126 — пуролаза, 84 — метализе. С учетом правильности и полноты оформления медицинской документации было проанализировано 96 историй болезней, где в 12 случаях ТЛТ проводилась препаратом актилизе, в 55 случаях — пуролазой, в 29 — метализе. Эффективность тромболизиса оценивалась по следующим критериям: полное купирование болевого синдрома; снижение кардиоспецифических ферментов (тропонин Т и I, КФК, КФК-МВ); «прерванный» инфаркт миокарда; снижение сегмента ST на 50% от исходного уровня в двух последовательных отведениях. Установлено, что купирование болевого синдрома при использовании актилизе произошло в 33,3% случаев, пуролазы — в 69,1%, метализе — в 67,9%. Снижение показателей маркеров инфаркта миокарда составило, соответственно, 58,3%, 80% и 75%. Ни на одном из препаратов не отмечено случаев «прерванного» инфаркта миокарда. Снижение сегмента ST на 50% от исходного уровня в двух последовательных отведениях на 90 минуте после введения актилизе составило 66,7%, пуролазы — 40%, метализе — 39,3%; на 180 минуте, соответственно, — 16,7%, 38,2% и 39,3% соответственно. В совокупности, без учета использоумого тромболитического препарата, осложнения ТЛТ за 3 года отмечены в 3% случаев: 2% — кровотечения, 1% — стойкие нарушения сердечного ритма.

Выводы: по эффективности купирования болевого синдрома в первые сутки после проведения тромболитической терапии, снижению маркеров инфаркта миокарда и динамике сегмента ST на 180 минуте пуролаза и метализе сопоставимы между собой. Эффективность актилизе была максимальной только по критерию динамики сегмента ST на 90 минуте после введения препарата.

0406

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кусаев В.В., Давыдов Е.Л.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия

Цель: Провести анализ госпитализаций пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией (АГ) за последний год.

Материалы и методы: Обследовано 426 больных АГ II — III стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) Группу сравнения составили 108 больных (45-59 лет). Оценивалась медицинская документация пациентов за последний год.

Результаты: Исходя из данных медицинской документации пациентов за последний год 34,4%-71,1% обследованных пациентов госпитализировались в стационар по поводу АГ. Достоверно чаще госпитализировались женщины старческого (61,3%) по сравнению с женщинами пожилого возраста (52,2%, p=0,008) и группы сравнения (34,4%, p=0,006); женщины пожилого возраста госпитализировались достоверно чаще, чем

женщины из группы сравнения (p=0,018). Мужчины группы сравнения достоверно реже (43,2%) госпитализировались по поводу АГ, чем мужчины пожилого (68,8%, p=0,0001) и старческого (71,1%, p=0,002) возрастов. Мужчины пожилого возраста госпитализировались по поводу АГ достоверно чаще, чем женщины своей возрастной группы (p=0,019). Средняя частота госпитализаций по поводу АГ за 12 месяцев составляла от 1,26 (ДИ 0,99 — 1,53) у мужчин группы сравнения до 1,90 (ДИ 1,49 — 2,32) у мужчин старческого возраста. Женщины старческого возраста в среднем достоверно чаще госпитализировались в стационар — 1,89 (ДИ 1,55-2,24), чем женщины пожилого возраста — 1,54 ((ДИ 1,49 — 2,32), p=0.017), а мужчины старческого возраста достоверно чаще в сравнении с мужчинами группы сравнения (p=0,024), и с тенденцией к достоверности с мужчинами пожилого возраста — 1,49 ((ДИ 1,28 — 1,70), p=0,087). При оценке средней частоты всех госпитализаций у пациентов с АГ за 12 месяцев составляла от 1,17 (ДИ 1,02 — 1,32) у мужчин группы сравнения до 1,79 (ДИ 1,45 — 2,12) у мужчин старческого возраста. Установлено, что женщины старческого возраста в среднем достоверно чаще госпитализировались в стационар — 1,74 (ДИ 1,44-2,03), чем женщины пожилого возраста — 1,45 ((ДИ 1,26 — 1,65), p=0.020), а мужчины старческого возраста достоверно чаще в сравнении с мужчинами группы сравнения (p=0,001), и с тенденцией к достоверности с мужчинами пожилого возраста — 1,44 ((ДИ 1,27 — 1,61), p=0,069); средняя частота госпитализаций мужчин группы сравнения была достоверно реже, чем у мужчин пожилого возраста (p=0,032), а также в сравнении с женщинами своего возраста 1,47 ((ДИ 1,14 — 1,70), p=0.036).

Выводы: Таким образом, более половины пациентов (52,2%-71,1%) госпитализировались в стационар, по поводу АГ, в течение года. Закономерно увеличение частоты госпитализаций с возрастом пациентов.

0407

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кусливая О.Н.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, Тюмень, Россия

Остеопоротические переломы могут служить предикторами общей смертности, в том числе повышая риск смерти более чем в два раза от кардиоваскулярных заболеваний.

Цель: определить вероятность развития остеопоротических переломов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: нами обследовано 82 пациента с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, средний возраст 60,67+6,64. Контрольную группу составили 28 человек без соматической патологии. Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела. Из обследования были исключены пациенты с другими заболеваниями и состояниями, самостоятельно приводящими к снижению минеральной плотности кости. До начала обследования больные не получали специфической терапии для профилактики и лечения остеопороза. Верификация диагнозов ИБС, АГ проводилась на основании Национальных клинических рекомендаций (2008, 2011 соответственно). Оценка 10-летней вероятности развития переломов проводилась с помощью компьютерной программы FRAX, согласно рекомендациям Международной ассоциации по остеопорозу и ВОЗ (2008). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета Statistica 6.0 .

Полученные результаты: десятилетний риск остеопоротических переломов оказался достоверно выше у пациентов с кардиоваскулярной патологией и в среднем составил: — 12,56+1,33% % для основных переломов и 2,65+0,22% % для риска переломов шейки бедра; тогда как в контрольной группе 7,02+0,54% и 0,37+0,08%. Данные значения указывают на высокий риск развития переломов у пациентов с ИБС и АГ и предполагают назначение антиостеопоротической терапии. В результате исследований установлено, что риск основных остеопоротических переломов более 20% имели 19,57+2,81% пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, тогда как риск перелома проксимального отдела бедра более 3% — 36,96+5,37%% больных. С учетом использования диагностического порога, при котором инициируется лечение по программе FRAX, установлено, что в антиостеопоротической терапии нуждаются более половины обследованных пациентов с ИБС и АГ. Принимая во внимание медико-социальную значимость переломов проксимального отдела шейки бедра, полученные данные демонстрируют необходимость своевременного

остеопоротического скрининга у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Выводы: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца значимо увеличивают вероятность развития переломов в последующие 10-лет жизни, что требует своевременной диагностики (в том числе с использованием скрининговых программ и костной денситометрии), комплексной профилактики и лечения остеопенического синдрома у данной категории пациентов. Высокий риск развития переломов, особенно, проксимального отдела шейки бедра у большинства пациентов с ИБС и АГ предполагают назначение антиостеопоротической терапии.

0408

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯВ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кутергин А.В., Петров И.М.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень

Цель. Изучить динамику модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных с абдоминальным ожирением на фоне установки интрагастрального баллона.

Методы исследования. Всего обследовано 94 больных (мужчины41,5% и женщин58,5%) с абдоминальным ожирением различной степени выраженности, обратившихся в отделение эндоскопии ГБУЗ ТО ТОКБ №1 для установки интрагастрального баллона в 2008-2011 гг. Возраст обследованных колебался от 19 до 63 лет и составил в среднем 38,9±9,4 лет. В процентном соотношении масса тела больных на 36,1±12,9% превышала рекомендуемые параметры, у мужчин — 43,7±10,2% и у женщин — 30,4±11,7% ($p<0,05$).

Полученные результаты. К моменту удаления интрагастрального баллона 73,4% больных с ожирением достигли целевых значений снижения массы тела (›20% от избыточной массы), у 22,3% снижение массы тела составило менее 20% от избыточного количества и у 4,3% к концу исследования масса тела увеличилась. Максимально выраженный положительный эффект, характеризующийся снижением числа больных с такими биологическими факторами риска как дислипидемия и ранние нарушения углеводного обмена отмечается на момент удаления баллона, и несколько снижается через 6 месяцев после завершения лечения.Так количество больных имеющих нарушение гликемии натощак с исходных 48,9% к концу лечения уменьшилось до 31,9%, что статистически значимо ниже(критерий МакНемара $p<0,05$). Однако в более отдаленном периоде — 6 и 12 месяцев количество больных с данным нарушением углеводного обмена практически приблизилось к исходному уровню и составило 39,3% на период завершения исследования. Количество больных с нарушением толерантности к глюкозе, по результатам проведения орального теста, значимо не изменялось, варьируя в интервале 12-18%. Кроме этого, уменьшается число больных с такими поведенческими факторами риска как нарушение макронутриентного состава суточного рациона, низкая физическая активность и депрессия.

Следует отметить, что относительная эффективность эндоскопического метода лечения, рассчитанная в процентном уменьшении числа больных с модифицируемыми ФР практически не различалась по группам, что позволяет рекомендовать данные метод лечения ожирения для уменьшения распространенности ФР сердечно-сосудистых заболеваний, независимо от исходных значений массы тела больных ожирением. Однако в течение 12 месяцев наблюдения указанные положительные изменения нивелируются, данный процесс протекает быстрее у больных с избытком массы тела более 30% от рекомендованных значений.

Выводы. Максимально выраженный положительный эффект характеризующийся снижением числа больных с биологическими (дислипидемия и ранние нарушения углеводного обмена) и поведенческими факторами риска (нарушение макронутриентного состава суточного рациона, низкая физическая активность и депрессия) у больных с абдоминальным ожирением на фоне имплантации интрагастального баллона отмечается на момент удаления баллона, и несколько снижается через 6 месяцев после завершения лечения.

0409

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАГАСТРАЛЬНОГО БАЛЛОНА

Кутергин А.В., Медведева И.В., ПетроваЮ.А.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень

Цель. На основе данных годового проспективного наблюдения больных с абдоминальным ожирением определить факторы прогноза эффективности установки интрагастрального баллона.

Методы исследования. Обследовано 94 больных (41,5 — мужчины и 58,5% женщины) с абдоминальным ожирением (АО) различной степени выраженности, обратившихся в отделение эндоскопии ГБУЗ ТО ТОКБ №1 для установки интрагастрального баллона в 2008-2011 гг. Возраст обследованных колебался от 19 до 63 лет и составил в среднем 38,9±9,4 лет. Расчет избытка массы тела в процентном соотношении показал, что в среднем масса тела больных включенных в исследование на 36,15±12,93% превышала рекомендуемые параметры, у мужчин данный параметр составил 43,75±10,24% и у женщин 30,4±11,74% ($p<0,05$).

Полученные результаты. Средняя длительность имплантации интрагастрального баллона составила 230,48±24,78 дней, на момент излечения баллона средние параметры снижения массы тела составили 14,59±6,45 кг. Таким образом, 73,4% больных достигли целевых значений снижения массы тела (›20%), у 22,3% снижение массы тела составило менее 20% от избыточного количества и у 4,3% к концу исследования масса тела увеличилась.

Относительная вероятность (ОВ) снижения массы тела ›20% от избыточного количества у больных с исходным увеличение массы тела менее 30% (в сравнении с больными имеющими %EWL›30) составляет 1,27. При этом 95% доверительный интервал (ДИ) находится в интервале от 1,01 до 1,61, что свидетельствует о статистической значимости полученного результата. Анализ отношения шансов (ОШ) показал, что данный параметр находится на уровне 2,76 с 95%ДИ от 0,93 до 8,23.Более детальное исследование позволило установить, что ОВ в сравнении с больными входящими во вторую группу (%EWL 30-45) составила 1,14 с 95% ДИ 0,89-1,47, и ОШ — 1,94 с 95%ДИ 0,57-6,6. На фоне этого, ОВ целевого снижения массы тела у больных 1-ой группы в сравнении с больными 3-ей группы составила 1,38 с 95% ДИ 1-1,94 и ОШ — 3,49 с 95% 1,03-11,84. Относительная вероятность целевого снижения массы тела у больных с ожирением имеющих %EWL›45 относительно больных с %EWL‹45 составила 0,75 с 95% ДИ 0,55-1,04 и ОШ — 0,37 с 95% ДИ 0,14-1. При этом относительно 1-ой группы — ОВ составила 0,71 с 95% 0,52-1 и ОШ — 0,28 с 95% ДИ 0,08-0,97, тогда как относительно больных 2-ой группы ОВ — 0,82 с 95% ДИ 0,58-1,18 и ОШ 0,55 с 95% 019-1,63.

Расчет вероятности поддержания массы тела на рекомендуемом уровне через 12 месяцев после удаления интрагастрального баллона показал, что ОВ у больных с %EWL‹30, относительно больных с %EWL›30 составляет 1,62 с 95% ДИ от 0,94- до 2,76). ОШ при сравнении аналогичных групп составило 2,15, однако данные значения также статистически не значимы — 95% ДИ 0,89-5,23.

Выводы. В результате лечения 94 больных абдоминальным ожирением с использованием интрагастального баллона установлено, что исходное превышение массы тела более чем на 45%, в 3,5 раза снижает вероятность эффективности данного метода лечения, относительно группы с избытком массы тела менее 30%, к моменту удаления баллона и более чем в 4 раза через 12 месяце после окончания лечения.

0410

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-2 И -9 В ОЦЕНКЕ РИСКА ПОВТОРНОЙ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Кухарчик Г.А.

ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Оценить содержание матриксной металлопротеиназы -2 (ММР-2), матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9) и предшественника матриксной металлопротеиназы-1 (proMMP-1), а также их тканевого ингибитора (TIMP-1) в сыворотке крови у больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и определить их вклад в прогностическую модель развития кардиальной смерти.

Материалы и методы: В исследование было включено 214 больных, госпитализированных в связи с ОКС (в возрасте 56,5 [50; 64] лет). 165 (77,1%) мужчин и 49 (22,9%) женщин. Все пациентам проводилось общеклиническое обследование, была назначена стандартная медикаментозная терапия. По показаниям проводилась коронарная аниопластика и стентирование коронарных артерий. На 3 — 4 сутки заболевания определялось содержание MMP-2, MMP-9, proMMP-1 и TIMP-1 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (соответствующие наборы реагентов Bender MedSystems и R&D Systems) .

Полученные результаты: По результатам наблюдения в течение года больные были разделены на 3 группы: 1 группа — 24 пациента, у которых в течении года развился повторный ОКС, 2 группа –177 больных без повторных ИМ или нестабильной стенокардии (НС), в 3 группу включены 13 умерших пациентов. У пациентов 1 группы были выявлены более высокое содержание MMP-2 и MMP-9 (315,8[287;354]нг/мл и 307,42[299;346,6] нг/мл соответственно), чем во 2 группе (224,3[187;261] нг/мл и 289,51[230,8;351] нг/мл соответственно, $p<0,05$ при сравнении показателей между группами). В 3 группе исходно были выявлены также высокие концентрации MMP-2. Содержание pro MMP-1, TIMP-1 у больных разных групп не различалось. При проведении экспоненциального регрессионного анализа, включающего клинические данные, результаты инструментального и лабораторного обследования была построена прогностическая модель (Chi=45,56; df=17; p=0,0004) развития кардиальной смерти у пациентов, перенесших ОКС. Вклад исследованных предикторов в порядке убывания распределился следующим образом: содержание MMP-2, пол, уровень TIMP-1, MMP-9, возраст пациента, острая левожелудочковая недостаточность при госпитализации (Killip более 2), индексы конечного систолического и диастолического объемов левого желудочка по результатам ЭХОКГ, передняя локализация ИМ, фракция выброса левого желудочка.

Выводы: Высокое содержание металлопротеиназ -2 и -9, а также отсутствие адекватного повышения их тканевого ингибитора (TIMP-1) играют важную роль в развитии повторных острых ишемических эпизодов и наряду с известными клиническими и эхокардиографическими предикторами имеют высокую прогностическую значимость для оценки риска кардиальной смерти у пациентов, перенесших ОКС.

0411

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Кучумов В.С., Парамоненко О.В., Меньшикова Е.Г.

ММЦ «Городская больница № 1», г. Первоуральск

Цель исследования: оценка эффективности и побочных эффектов «стрептокиназы» и «актилизе» при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST.

Методы исследования: ТЛТ проводилась по стандартной методике и общепринятых дозах.Эффективность тромболизиса оценивалась электрокардиографическим методом, данными КАГ(у части больных) и показателем летальности. Осложнения оценивались по данным динамического наблюдения за больными во время пребывания в палате интенсивной терапии по 4 позициям: клинически значимые кровотечения, артериальная гипотония, нарушения сердечного ритма(включая реперфузионный синдром) и аллергические реакции. Препарат «стрептокиназа» использовался у 328 больных в дозе 1500000 ед., средний возраст больных данной группы составил 56,4 года(+/- 19 лет). Препарат «актилизе» использовался у 41 пациента в дозе 100 мг, средний возраст данной группы составил 52,2 года (+\- 15 лет). Среднее время начала терапии от начала болевого приступа составило 2,6 часа в группе больных, лечившихся «стрептокиназой» и 2,2 часа в группе больных получавших терапию «актилизе».

Результаты: Из 328 больных получавших лечение «стрептокиназой» эффективным признан тромболизис у 254 больных(77,4% от общей группы). Из 41 пациента лечившихся «актилизе» эффективным признано 38 тромболизисов (92,6 % от общей группы). Летальность при применении «стрептокиназы» составила 4,2%(14 больных), в группе «актилизе» 2,4 % (1 больной). При применении «стрептокиназы» артериальная гипотония встречалась у 97 пациентов(29,5%) при применении «актилизе» у 2-х больных(4,8%). Нарушения сердечного ритма встречались в 28% случаев(92 больных)при применении стрептокиназы и в 26% случаев(11 больных) при применении «актилизе». Гемморагические осложнения встречались в 5,2% случаев(17 больных) при исползовании стрептокиназы и в 17% (7 случаев) при использовании актилизе, включая два гемморагических инсульта.

Выводы:

1.«Актилизе» является более эффективным препаратом чем стрептокиназа.

2. Отрицательное влияние на гемодинамику у «актилизе» менее выражено.

3. По количеству возникающих нарушений сердечного ритма оба препарата сопоставимы.

4. Вероятность гемморагических осложнений(включая фатальные) при применении «актилизе» значительно выше, чем при использовании «стрептокиназы».

0412

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить содержание эндотелина-1 в плазме крови и фактора фон Виллебранда у больных острым подагрическим артритом.

Методы исследования: обследовано 22 мужчины, страдающих подагрой, у которых развился острый подагрический артрит. Работа проводилась с учетом Хельсинской декларации; Конвенцией Совета Европы “О правах человека и биомедицине” (1996); Национальным стандартом РФ “Надлежащая клиническая практика” (ГОСТ Р 52379-2005). Диагноз подагры был выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Критериями исключения из исследования явились возраст старше 55 лет, дебют артериальной гипертензии до возникновения подагры, наличие ишемической болезни сердца, ревматических, эндокринных заболеваний, болезней крови, органной недостаточности, воспалительных заболеваний любой локализации, других кристаллических артропатий. Средний возраст больных составил 42 [34; 46] года. Острая атака подагрического артрита — 1,2±0,3 суток. Уровень мочевой кислоты сыворотки крови был 490,50±97,95 мкмоль/л. В контрольную группу вошли 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Выраженность болевого синдрома, оцениваемого по шкале ВАШ у больных острым подагрическим артритом 78 [73,5; 87,0] мм. Определение концентрации эндотелина-1 в плазме крови проводили методом ИФА с помощью набора Biomedica ENDOTELIN (1-21), кат. № 442-0052. Обработка результатов осуществлялась при длине волны 450 нм с помощью ИФА-ридера фирмы ASYS HITECH, программное обеспечение DiciScan. Изучение фактора фон Виллебранда оценивалось методом ристоцетин-кофакторной активности на двухканальном лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов тромбоцитов «Биола» (модель LA230, Россия). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Результаты: при определении уровня эндотелина-1 у больных острым подагрическим артритом составила 15,33±6,96 фмоль/мл и превышала показатель эндотелина-1 контрольной группы в 18 раз, активность фактора фон Виллебранда в 2,7 раза превышала это показатель у здоровых мужчин ($P<0,05$, во всех случаях).

Выводы: у больных с острым подагрическим артритом развивается эндотелиальная дисфункция, о которой свидетельствует многократное повышение концентрации эндотелина-1 в плазме крови и наибольшая активность фактора фон Виллебранда.

0413

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА КРОВИ В РАЗВИТИИ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ.

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия.

Цель исследования: изучить особенности изменений жирнокислотного состава липидов крови в зависимости от кардиогемодинамических нарушений.

Методы исследования. В исследование было включено 175 мужчин с подагрой. Средний возраст больных составил 47,1±6,0 лет. Диагноз подагры был выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Критериями исключения из исследования явились возраст старше 55 лет, наличие ишемической болезни сердца, ревматических, эндокринных заболеваний, органной недостаточности, воспалитель-

ных заболеваний любой локализации, других кристаллических артропатий. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате «Logic 400» с идентификацией геометрической модели левого желудочка и оценкой его диастолической функции. Для изучения фракционного состава высших жирных кислот в мембранах эритроцитов использовали метод газовой хроматографии на хроматографе «Кристалл 2000М» (Россия). Определяли концентрации следующих высших ЖК: миристиновой (С14:0), пальмитиновой (С16:0), стеариновой (С18:0), пентадекановой (С15:0), гептадекановой (С17:0), пентадеценовой (С15:1), гептадеценовой (С17:1), пальмитоолеиновой (С16:1), олеиновой (С18:1), линолевой (С18:2w6), а-линоленовой (С18:3w3), g-линоленовой (С18:3w6), дигомо-g-линоленовой (С20:3w6), арахидоновой (С20:4w6), эйкозапентаеновой (С20:5w3) и докозапентаеновой (С22:5w3) кислот. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Результаты исследования. Выявлено наибольшее повышение общего содержания насыщенных жирных кислот у пациентов с гипертрофией левого желудочка в сочетании с диастолической дисфункцией (P<0,05), при этом суммарное содержание ненасыщенных жирных кислот у этих пациентов оказалось наименьшим. Снижение содержания полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) у больных подагрой, имеющих нарушения диастолического наполнения на фоне увеличения массы миокарда левого желудочка было наибольшим, а отношение полиненасыщенных кислот к мононенасыщенным, напротив существенно снижалось. Наиболее выраженные сдвиги у больных подагрой с гипертрофией левого желудочка и диастолической дисфункцией выявлены в пуле полиненасыщенных жирных кислот, преимущественно ω-3 класса, эти пациенты имели самые низкие показатели эйкозапентаеновой и докозапентаеновой кислот. В классе ω-6 ПНЖК выявлено значительное снижение арахидоновой кислоты и нарастание содержания γ-линоленовой и дигомо-γ-линоленовой кислот, наиболее значительные изменения были у мужчин с сочетанием гипертрофии левого желудочка и диастолической дисфункции (P<0,05).

Выводы. Максимальные сдвиги в жирнокислотном составе выявлены у пациентов, имеющих нарушения диастолического наполнения на фоне увеличения массы миокарда левого желудочка.

0414

ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА ТАРТРАТА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

Лазарев К.В., Васильев А.А., Фищенков В.И., Воронова Н.М., Ковалёв С.П., Канунникова И.П.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи», Челябинск, Россия

Согласно стандартам оказания скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) на догоспитальном этапе должны использоваться бета-блокаторы, в том числе и для внутривенного (в/в) введения. Метопролол тартрат при ОКС вводится дробно в дозировке от 5 до 15 мг до достижения оптимальных значений частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД). Необходим контроль электрокардиограммы (ЭКГ) для выявления возможных неблагоприятных эффектов.

Цель работы: изучение влияния метопролола тартрата в дозе 5 мг в/в на ЧСС, АД систолическое, АД диастолическое, длительность зубцов P и QRS, интервалов PQ и QTкор. на ЭКГ; возникновения побочных эффектов; необходимость введения дозы более 5 мг.

Методы исследования: проанализирован 21 случай использования метопролола тартрата в дозе 5 мг в/в при ОКС. 19 случаев с нестабильной стенокардией, 2 случая инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST. Мужчин — 9, женщин — 12. Средний возраст 65,81 год (от 41 года до 83 лет). До введения метопролола тартрата пациенты не принимали другие медикаменты, влияющие на ЧСС и АД. Абсолютных и относительных противопоказаний к назначению препарата не было.

Результаты:

1. До введения метопролола тартрата средние значения: ЧСС — 91,10 в 1 минуту, АД сист. 178,83 мм рт. ст., АД диаст. 96,71 мм рт. ст., ЭКГ: P — 0,08 сек., PQ — 0,15 сек., QRS — 0,08 сек., QTкор. — 0,36 сек.

После введения метопролола тартрата средние значения: ЧСС — 74,95 в 1 минуту, АД сист. 144,76 мм рт.

ст., АД диаст. 83,81 мм рт. ст., ЭКГ: Р — 0,09 сек., PQ — 0,16сек., QRS — 0,08 сек., QTкор. — 0,36 сек.

Процентное соотношение влияния препарата на выше указанные параметры:

ЧСС — снижение на 17,73%, АД сист. снижение на 18,22% , АД диаст. снижение на 12,00%, Р — увеличение длительности на 11,11%, QRS — без изменений, PQ — увеличение длительности на 6,25%, QTкор.– без изменений.

2. Побочных эффектов, при введении препарата зафиксировано не было.

3. В 9 случаях доза 5 мг была достаточной для оптимального снижения ЧСС и АД, в 12 случаях потребовалось повторное введение метопролола тартрата в дозе 5 мг.

Выводы:

1. Отмечено плавное, умеренное снижение ЧСС и АД. Случаев развития выраженной брадикардии и артериальной гипотензии не было ни в одном случае. Влияние на зубец Р и интервал PQ — незначительное, не выходило за пределы границ нормы; влияние на QRS и QTкор. не отмечено.

2. Побочных эффектов не было.

3. В 12 случаях (57,14%) потребовалось повторное введение препарата.

0415

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ — ПУТЬ К ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Ларева Н.В., Лузина Е.В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель работы: оценить соответствие тактики ведения больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST) в реальной клинической практике современным клиническим рекомендациям.

Методы: В ретроспективное исследование были включены пациенты, находившиеся на лечении в кардиологическом отделении Краевой клинической больницы г. Читы с диагнозом ОКСБПST в 2011г. Проведена ретроспективная стратификация риска неблагоприятного исхода с использованием шкалы GRACE, оценены подходы к лечению больных в зависимости от категории риска. В ходе работы использовались санитарно-статистический, аналитический методы.

Результаты. В исследование включены 138 пациентов: 57% мужчин и 43% женщин, средний возраст 64,7±5,6 лет. Стратификация риска в момент госпитализации не проводилась ни у одного больного. При оценке по шкале GRACE выявлено, что 44% больных имели низкий риск госпитальной летальности, 5% пациентов — высокий риск, в 30% случаев риск был промежуточным. У 21% больных данная шкала была неприменима, так как креатинин в сыворотке крови при поступлении не определяли. Чаще всего проводилось подкожное введение нефракционированного гепарина (НФГ) в дозе 5000ЕД 4 раза в день в течение 5±2 дней: в 51%, 55% и 79% в группах низкого, промежуточного и высокого рисков, соответственно. НФГ вводился в/в через дозатор в 9%, 14% и 21% случаев в группах низкого, промежуточного и высокого рисков, соответственно. При этом определение АЧТВ производилось в 56% случаев на 2-3-й день госпитализации однократно, а в 7% АЧТВ не исследовалось, несмотря на введение НФГ. Низкомолекулярные гепарины (эноксапарин) применялись всего в 3 случаях: у 2 больных с промежуточным риском и 1 пациента с низким риском. Антикоагулянтная терапия не проводилась у 14% больных с низким риском и у 2% — с промежуточным риском. Дезагреганты назначены в 89% случаев, из них у 28% больных — в виде комбинации (аспирин + плавикс). 11% пациентам дезагреганты не назначались. При выписке предпочтение отдавали защищенным формам аспирина (тромбопол, тромбоАСС, кардиомагнил). β-адреноблокаторы применялись у 86% пациентов, при этом лишь 7% пациентов имели противопоказания к применению указанных препаратов. Целевая ЧСС (50-60 ударов в минуту) была достигнута лишь в 35% случаев. При выписке β-адреноблокаторы рекомендованы 87% больных, предпочтения отдавали метопрололу — 42% (эгилок, беталокЗОК, корвитол), бисопрололу — 35% (конкор, нипертен, бидоп). На стационарном этапе большинству исследуемых больных были также назначены статины: аторвастатин в 45% случаев, симвастатин — 37% больных, розувастатин — 1% пациентов. В 17% случаев их применение отсутствовало без видимых противопоказаний.

Выводы. Ведение исследованных больных ОКСБПST осуществлялось без учета категории риска и не впол-

не соответствовало современным рекомендациям. Необходимо внедрение в рутинную клиническую практику современных шкал оценки риска с целью обеспечения адекватного лечения пациентов, в первую очередь — группы высокого риска.

0416

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ПОЖИЛИХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ВЗГЛЯД НА АНЕМИЧЕСКИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ларина В.Н.,[1] Барт Б.Я.,[1] Головко М.Г.,[1] Ларин В.Г.[2]

[1]ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ», г. Москва, РФ

[2]ГБУЗ ГП №134 ДЗМ, г. Москва, РФ

Цель. Оценка влияния сопутствующих состояний (анемия, гиперурикемия) на течение ХСН в пожилом возрасте. Методы. В исследование было включено 248 больных от 60 до 85 лет с ХСН II-IV ФК NYHA вследствие ИБС или АГ. От каждого больного было получено информированное согласие на участие в исследовании. Проводилось клинико-лабораторное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ. Больные получали медикаментозную терапию согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН. Период наблюдения составил 2,35 (2,3) года. Результаты. Большинство больных (63%) имели нормоцитарную анемию (средний объём клетки, СОК 80-95 фл). Микроцитарная (СОК‹80 фл) и макроцитарная (СОК›95 фл) встречались у 19,6% и 17,4% больных соответственно. Все больные имели лёгкое течение анемии (Hb›9 г/дл). Частота анемии нарастала при увеличении тяжести ХСН (II ФК — 16,5%, III ФК — 21,6%, IV ФК — 24,4%). При ФВЛЖ ≤45% анемия встречалась у 19,3%, при ФВ ЛЖ ›45% — у 21% больных (p=0,743). Сниженная функция почек (СКФ‹60 мл/мин) была фактором риска развития анемии у пожилых больных с ХСН (p=0,005, ОШ 1,06, 95 % ДИ 1,02-1,10). Хроническая болезнь почек (ХБП) 1 стадии имелась у одного больного, 2 стадии — у 90 (36,3%), 3 стадии — у 151 (60,9%), 4 стадии — у 4 (1,6%) больных. Факторами риска развития ХБП в пожилом возрасте оказались III-IV ФК (p=0,008, ОШ 0,60, 95% ДИ 0,42-0,88), низкая ФВ ЛЖ (p=0,041, ОШ 1,02, 95% ДИ 1,00-1,05), повышенный уровень мочевой кислоты (p=0,044, ОШ 0,38, 95% ДИ 0,19-0,76). Гиперурикемия (мочевая кислота ≥360 мкмоль/л) выявлялась у 47,6% больных ХСН пожилого возраста и увеличивалась при нарастании тяжести ХСН. Уровень её при II ФК составил 451 (68) мкмоль/л, при III ФК — 511 (88) мкмоль/л, при IV ФК — 517 (68) мкмоль/л. Течение ХСН при гиперурикемии было более тяжёлым: у 28,8% больных с гиперурикемей и у 7,7% — без гиперурикемии имелась ХСН IV ФК p‹0,001. Факторами риска развития гиперурикемии у больных с ХСН пожилого возраста оказались высокий ФК ХСН (ОШ 2,37), сниженная функция почек (ОШ 2,16), ФВ ЛЖ (ОШ -0,42), неприём антагонистов рецепторов Ангиотензина II (ОШ 2,06). Выживаемость больных ХСН с гиперурикемией составила 54,2%, без гиперурикемии — 91,5% (p‹0,001, ОШ 3,3, ДИ 95% 1,89-2,97). За период наблюдения умерло 22,9% больных с анемией и 25,3% (p=0,736) — без неё. Предикторами летального исхода больных с ХСН и анемией были III-IV ФК (ОШ 3,01) и ФВЛЖ‹35% (ОШ 2,58). Заключение. Больные ХСН пожилого возраста с сопутствующей анемией, ХБП и гиперурикемией имеют более тяжёлое течение заболевания. Факторами, негативно влияющими на прогноз пожилых больных с ХСН, являются высокий ФК, низкая ФВ ЛЖ, ХБП и повышенный уровень мочевой кислоты.

0417

ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Ларина В.Н.,[1] Барт Б.Я.,[1] Кудина Е.В.,[1] Дергунова Е.Н.,[2] Алёхин М.Н.[3]

[1]ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ», г. Москва, РФ

[2]ГБУЗ г. Москвы «ДКЦ № 1 ДЗ г. Москвы»; г. Москва, РФ

[3]ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, г. Москва, РФ

Цель: анализ выживаемости в группах больных, различающихся по значению индекса производительности миокарда левого желудочка сердца (Tei индекса менее 0,6 и ≥0,6) у пожилых больных с ХСН, наблюдавшихся в поликлинических условиях. Методы исследования. В исследовании приняли участие 97 больных от

60 до 85 лет с симптомами ХСН (II ФК по NYHA — 47,4%; III ФК -38,2%, IV ФК — 14,4%) в результате ИБС или АГ. Проводили оценку клинического состояния по ШОКС, тест с 6-ти минутной ходьбой (6МТ), ЭхоКГ с определением Tei индекса (отношение периода от окончания трансмитрального кровотока (ТМК) до начала следующего ТМК к времени изгнания ЛЖ). Больные получали терапию согласно Рекомендациям по диагностике и лечению ХСН. Медиана наблюдения составила 2 года. Результаты. Больные с разными значениями Tei индекса (менее 0,6 и ≥0,6) были сопоставимы по возрасту, уровню диастолического АД и ЧСС. У больных со значениями Tei индекса ≥0,6 по сравнению с больными, у которых Tei индекс<0,6, наблюдалась дилатация левых камер сердца (p<0,001), увеличение индекса сферичности (p<0,001), уменьшение относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ (p<0,001), признаки повышения давления в лёгочной артерии (p<0,001) и увеличение массы миокарда ЛЖ. (p<0,001). Больные со значением Tei индекса ≥0,6 имели более тяжёлое течение ХСН по ШОКС (7,1±3,0 баллов) и низкую толерантность к физической нагрузке (273,4±115,2 метров за 6 минут), чем больные с Tei индексом менее 0,6 (5,0±1,9 баллов, p<0,001 и 333,8±76,1 метров, p<0,01, соответственно). Выживаемость больных со значениями Tei индекса менее 0,6 оказалась значительно выше: 93,5% по сравнению с 54,7% у пациентов со значениями Tei индекса ≥0,6 (p<0,001). Tei индекс ≥0,6 (ОШ 11,6) оказался независимым предиктором летального исхода пожилых больных с ХСН, наряду с ФВ ЛЖ (ОШ 10,1), III-IV ФК ХСН (ОШ 9,1), 6МТ<300 метров (ОШ 2,43), хронической блезнью почек (ОШ 3,7), ОТС ЛЖ (4,7). Заключение. Значения Tei индекса более 0,6 позволяют прогнозировать неблагоприятные исходы пожилых больных с ХСН.

0418

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ — ЛИДЕР БОЛЕЗНЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

Ларина Ю.В., Белякова Т.Б., Некрутенко Л.А., Туев А.В.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Цель: выявить доминирующую патологию терапевтических пациентов, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Пермской краевой клинической больницы (ПККБ) в период с сентября 2006 г. по декабрь 2012 г.

Материалы и методы: проанализированы журналы регистрации больных в ОРИТ терапии ПККБ. Статистическая обработка материала проведена непараметрическими методами. Количественные параметры представлены в виде (M±σ), где M — среднее, σ — стандартное отклонение.

Результаты исследования: за период шести с половиной лет в ОРИТ ПККБ пролечено 1252 терапевтических и неврологических больных, в том числе 17 человек с васкулярными осложнениями (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА), анафилактические реакции и др.) из клиники оториноларингологии, офтальмологии и хирургических отделений. Среди всех пациентов мужчин 55,35%, а женщин — 44,65%. Средний возраст больных — 53,28±18,59 лет. Средний койко-день 6,37±7,64, наиболее длительное пребывание — 8,36±9,49 суток у неврологических больных (p=0,000). Максимальный диапазон длительности лечения наблюдается у кардиальных (от 1 до 65 дней, 6,63±8,52) и неврологических (от 1 до 64 дней, 8,36±9,49) пациентов, что связано с широким спектром представленной патологии: от острых состояний до тяжелой декомпенсации хронической сердечной недостаточности, нарушений мозгового кровообращения, а также демиелинизирующих заболеваний, требующих включения в терапию искусственной вентиляции легких. Наибольшее количество госпитализированных в ОРИТ составили 401 человек (32,03%) с неврологическими и 362 (28,91%) — кардиологическими заболеваниями. За весь исследуемый период в профильные отделения переведено 75,40% больных, умерло 308 человек (летальность — 24,60%). У неврологических и кардиологических пациентов процент летальности составил 15,21%, p=0,000 и 19,34%, p=0,02 соответственно. Выявлено наличие отрицательной обратной связи между летальным исходом и количеством койко-дней для пациентов кардиологического профиля (R=-0,12, p=0,02). Таким образом, наибольшая смертность наблюдается при минимальном сроке пребывания в ОРИТ, что может быть связано с исходной тяжестью терминальных пациентов и острыми инкурабельными состояниями кардиальных больных (кардиогенный шок, ТЭЛА и т.д.). Во всей когорте исследуемых выявлена корреляция между исходом лечения и возрастом (R=0,12, p=0,000014), повышение которого свидетельствует не в пользу позитивных исходов многих терапевтических заболеваний.

Выводы: в связи с большой распространенностью болезней сердечно-сосудистой системы конкурирующими по максимальному количеству госпитализированных в ОРИТ больных остаются кардиологическое и неврологическое отделения. Длительный срок лечения наблюдается при наличии коморбидности и декомпенсации сердечной недостаточности, а наименьший — у пациентов с острыми состояниями.

0419

ПРОБЛЕМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В.Д. Лебедева, к.м.н., врач кабинета артериальной гипертензии поликлиники № 68

СПБ ГБУЗ «Городская больница № 40»

Гипертоническая болезнь (ГБ) является самым распространенным хроническим заболеванием, для лечения которого применяется большое количество эффективных лекарственных средств, что позволяет уменьшить количество осложнений (инсульт, инфаркт, сердечная недостаточность, прогрессирование почечной недостаточности).

Однако эффективный контроль ГБ достигается крайне редко, о чем свидетельствует высокая летальность от сердечнососудистых заболеваний. Известно, что в России от осложнений сердечнососудистых заболеваний умирает более 1 млн. человек. Далекие от желаемого контроля артериального давления (АД) результаты частично объясняются сложной патофизиологией ГБ. ГБ является наследственным заболеванием, наследует дефект гена, состоящий в нарушении механизма, отвечающего за синтез белка, что приводит к недостатку белка в крови больного (А.В. Рубцевенко, М., 2006).

Целью настоящего исследования является установление адекватной терапии ГБ, что улучшает прогноз больных, страдающих ГБ.

Методы: изучение эффективности антигипертензивной терапии у больных ГБ, находящихся на диспансерном наблюдении в кабинете профилактики АГ.

Результаты: при выборе антигипертензивной терапии (АГТ) учитывалась эффективность и вероятность побочных эффектов. Применялись 5 общеизвестных групп препаратов, которые воздействуют не на причину ГБ, а на почечные механизмы (Н.А. Верткин и соавторы, 2010).

Выводы: преодоление рефрактерности АД, повышенного артериального давления при ГБ и достижение долгосрочной гипертензивной терапии требуют внедрения препаратов, влияющих на живые механизмы повышенного давления и мышечные побочные эффекты. Автор предлагает вакцину для лечения больных ГБ (приоритет от 25.04.2013).

0420

ПРОБЛЕМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В.Д. Лебедева, к.м.н., врач кабинета артериальной гипертензии поликлиники № 68

СПБ ГБУЗ «Городская больница № 40»

Гипертоническая болезнь (ГБ) является самым распространенным хроническим заболеванием, для лечения которого применяется большое количество эффективных лекарственных средств, что позволяет уменьшить количество осложнений (инсульт, инфаркт, сердечная недостаточность, прогрессирование почечной недостаточности).

Однако эффективный контроль ГБ достигается крайне редко, о чем свидетельствует высокая летальность от сердечнососудистых заболеваний. Известно, что в России от осложнений сердечнососудистых заболеваний умирает более 1 млн. человек. Далекие от желаемого контроля артериального давления (АД) результаты частично объясняются сложной патофизиологией ГБ.

ГБ является наследственным заболеванием, наследует дефект гена, состоящий в нарушении механизма, отвечающего за синтез белка, что приводит к недостатку белка в крови больного (А.В. Рубцевенко, М., 2006).

Целью нестоящего исследования является установление адекватной терапии ГБ, что улучшает прогноз больных, страдающих ГБ.

Методы: изучение эффективности антигипертензивной терапии у больных ГБ, находящихся на диспансерном наблюдении в кабинете профилактики АГ.

Результаты: при выборе антигипертензивной терапии (АГТ) учитывалась эффективность и вероятность побочных эффектов. Применялись 5 общеизвестных групп препаратов, которые воздействуют не на причину ГБ, а на почечные механизмы (Н.А. Верткин и соавторы, 2010).

Выводы: преодоление рефрактерности АД, повышенного артериального давления при ГБ и достижение долгосрочной гипертензивной терапии требуют внедрения препаратов, влияющих на живые механизмы по-

вышенного давления и мышечные побочные эффекты. Автор предлагает вакцину для лечения больных ГБ (приоритет от 25.04.2013).

0421

НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Лебедев П.А.[1], Грачева А.И.[2], Лебедева Е.П.[1], Матееску К.А.[1]

[1]Самарский государственный медицинский университет; [2]Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, Самара, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), характеризуется развитием системных процессов сосудистого ремоделирования. Индикаторами выраженности этих процессов является сниженная реактивность периферических артерий, обусловленная дисфункцией сосудистого эндотелия, так и уменьшением барорефлекторной активности с зон низкого давления. Нами предложено оценивать кардиопульмональный барорефлекс (КПБР) методом одновременной регистрации сердечного и пульсового ритма в ходе пробы с управляемым дыханием, которая позволяет умеренно модулировать венозный приток к левым камерам сердца, создавая условия для активации механорецепторов. Для оценки вазорегулирующей эндотелиальной функции нами предложен показатель функции эндотелия (ПФЭ) как степень уменьшения относительной амплитуды отраженной волны на пальцевой фотоплетизмограмме (ФПГ) в ишемическом тесте верхней конечности.

Цель: определить информативность оригинального метода оценки поток-зависимой вазодилатации периферических артерий и метода определения КПБР в оценке степени коронарного стеноза у пациентов с хроническими формами ИБС.

Материалы и методы. В исследование были включены 61 пациент с хроническими формами ИБС (средний возраст 56±6 лет), которые по данным коронарографии были разделены на группы: I гр. — 10 пациентов с интактными коронарными артериями; II гр. — 20 пациентов с суммарным индексом коронарных стенозов от 3 до 21. III гр. составили 31 пациент с перенесенным инфарктом миокарда. С целью определения КПБР запись ЭКГ осуществлялась синхронно с компьютерной пальцевой ФПГ, в положении лежа обследуемого, при контролируемом дыхании с частотой 6 дыханий в минуту, непрерывно в течение 5 минут. Всем пациентам также определяли ПФЭ посредством метода поток-зависимой вазодилатации периферических артерий.

Результаты. Основываясь на разнице общих спектральных мощностей вариабельности межпульсовых и межсистолических интервалов на частоте 0,1 Гц, нами предложены коэффициенты k1 и k2, обнаружившие значительную обратную корреляцию с выраженностью коронарного стеноза ($r = -0,72$, $p < 0,01$). Также нами получена корреляция ПФЭ с коронарным индексом стеноза ($r = -0,67$, $p < 0,05$) и с показателями k1 ($r = 0,47$, $p < 0,05$) и k2 ($r = 0,49$, $p < 0,05$). В III гр. спектральные различия ритмов соответствовали гр. II.

Выводы. Определение ПФЭ и оценка активности КПБР посредством одновременной регистрацией сердечного и пульсового ритмов в ходе пробы с контролируемым дыханием отражают степень ремоделирования коронарных артерий у больных с ИБС.

0422

ПОЗДНЯЯ ТЕМПЕРАТУРНАЯРЕАКЦИЯКОЖИ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ВАЗОРЕАКТИВНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙЭНДОТЕЛИЕМ

Лебедев П.А., Матееску К.А., Щербакова Н.Ф., Ильченко М.Ю., Иванова О.Ф.

Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ, Самара, Россия

Методы исследования вазорегулирующей функции эндотелия оценивают реактивность периферических артерий, вызванную увеличением потока крови в конечности, подвергнутой кратковременной ишемии. Клиническая ценность методов тестирующих функцию эндотелия определяется их способностью предсказывать сердечно-сосудистые осложнения, частота которых в 2-3 раза выше у больных с метаболическим синдромом. Поток-зависимая вазодилатация, опосредованная эндотелием оценивается на уровне дигитальных артерий

методом фотоплетизмографии (ФПГ). Пальцевая инфракрасная термометрия представляет интерес, поскольку динамика температуры определяется вазореактивностью мелких артерий- артерий кожи. Цель: Определить клиническую ценность пальцевой инфракрасной термометрии в ишемическом тесте верхней конечности в сравнении с методом ФПГ. Материалы и методы: Исследовано 17 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 65 лет обоего пола (гр.К) и 17 пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом (гр .А). Всем проводилась проба с ишемией верхней конечности, которую создавали в течение 5 мин. Исходно, в течение окклюзии и после возобновления кровотока мониторировали пальцевую фотоплетизмограмму а также температуру дистальной фаланги пальца руки, подвергнутой ишемии . Анализ зарегистрированного термографического изображения проводили в ручном режиме через каждые 10 сек. Показатель поздней температурной реакции (ПТР) определяли как прирост температуры пальца в период 2-3 мин. после возобновления кровотока относительно исходной. В то же время методом компьютерной ФПГ определяли показатель функции эндотелия (ПФЭ) по разности относительной амплитуды отраженной волны, в процентах к исходному показателю, и индекс жесткости артерий (ИЖ) по задержке отраженной волны. Результаты: В гр.К ПТР имел только положительные значения : 3,32+ 0,54 % , в гр.А: — 0,82+ 0,53%, p<0,001. В гр.А преобладали отрицательные значения. Отмечена корреляция ПТР с возрастом r=-0,54, p<0,01, соотношением талия/бедра r=-0,48, p< 0,02 , с АДсист: r=- 0,51,p<0,01, АДдиаст : r=- 0,49, p< 0,02. ПФЭ в гр.К составил 18,23+ 3,24 % против 5,73+0,91 %, p<0,01 в гр.А. ПФЭ коррелировал с возрастом: r= -0.38. p<0,02, соотношением талия/бедра r=-0,59, p<0,01, с ИЖ: r=-0,40,p<0,01 . ПТР изменялся пропорционально ПФЭ:r= 0,51, p<0,01, находился в обратном соотношении с ИЖ : r= -0,44, p<0,02. Заключение: Сохраненная вазореактивность сосудов кожи приводит к увеличению температуры в постокклюзионной фазе. Эта реакция однонаправленно изменяется с показателем функции эндотелия , измеренной пальцевой ФПГ. Вазодилатирующая способность, контролируемая эндотелием мелких артерий утрачивается у больных с метаболическим синдромом, обратно пропорциональна жесткости сосудистой стенки и известным факторам сердечно-сосудистого риска.

0423

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРИНДОПРИЛА И ИВАБРАДИНА В КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ, ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПАРАМЕТРОВ ДИАСТОЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лебедев П.А., Иванова О.Ф., Лебедева Е.П., Введенская И.П., Матееску К.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Диастолическая дисфункция (ДД) левого желудочка (ЛЖ) является основным механизмом сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией, сопровождая ремоделирование левых отделов сердца. ДД на практике оценивается в покое, хотя клинические ее проявления реализуются при физической нагрузке (ФН). Это обосновывает необходимость тестирования препаратов, направленных на коррекцию гемодинамических параметров в условиях ФН.

Цель: определить эффективность комбинированного лечения периндоприла и ивабрадина в коррекции гемодинамики, дисфункции эндотелия и параметров диастолы левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы: Обследовано 20 мужчин с впервые выявленной гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте от 50 до 65 лет с гипертрофией ЛЖ с ЧСС более 75 в мин. и ДДЛЖ 1 типа. Методами допплерографии изучен трансмитральный поток, подвижность кольца митрального клапана (ПКМК) в покое и в ходе ступенчатой велоэргометрической пробы мощностью от 25 до 75вт трижды: исходно, через 1 месяц после лечения периндоприлом 10 мг/с (П): затем через 1 месяц после добавления ивабрадина 15 мг/сут (П+И). В то же время оценивали показатель функции эндотелия (ПФЭ) методом пальцевой фотоплетизмографии в пробе с ишемией верхней конечности

Результаты: Лечение периндоприлом приводило к достоверному снижению артериального давления (АД), как в покое (16%) так и при всех этапах ФН (21%) . Двойное произведение (ДП) снизилось на 18%. Курс лечения П+И не изменял достигнутого снижения АД, но значительно уменьшил ЧСС в покое с 78,56+2,04 до 64,14+1,14 уд/ мин и на конечной ступени ФН со 110,21+3,22 до 79,77+1,44 уд/мин, (p<0,001) и ДП на 39% (p<0,001). Исходно в ходе ФН пропорционально ее мощности увеличивалась скорость быстрого наполнения (Е) и соответствующая скорость ПКМК (Em) , несколько меньше возрастали предсердные пики (А) и Am, что увеличивало отношения Е/А и Em/Am. Только лечение П+И сопровождалось достоверным увеличением Е/А при ФН 50 и 75 вт. В ходе лечения не отмечено достоверного уменьшения массы миокарда ЛЖ. Каждый этап терапии сопровождался увеличением ПФЭ с 3,50+1,78% до 7,55+1,06 %(П) и 11,11+1,25% (П+И) (p<0,05).

Выводы: Краткосрочное комбинированное лечение периндоприлом и кораксаном эффективно уменьшает гемодинамическую нагрузку на миокард как в покое, так и при ФН, улучшает вазорегулирующую функцию сосудистого эндотелия создавая условия для обратного развития ремоделирования ЛЖ.

0424

ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОЙ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ПРОДОЛЬНЫХ СКОРОСТЕЙ ДВИЖЕНИЯ МИОКАРДА В РЕЖИМЕ ТД.

Лебедь Е.И., Крючкова О.Н., Лебедь И.Г., Лутай Ю.А., Доля Е.М., Ицкова Е.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»,

г. Симферополь, Украина.

Цель работы: оценить регионарную сократимость и диастолические сегментарные показатели ЛЖ у женщин с ИБС: стенокардией напряжения по данным анализа продольных скоростей движения миокарда в режиме ТД.

Материалы и методы: В основной группе 92 женщины с ИБС: стенокардией напряжения 2-3 ФК. Критерии: положительный результат нагрузочного тестирования, стеноза КА (КВГ). В контрольной группе 33 практически здоровых женщины. Ср. возраст осн. гр. 57,94±1,16 лет, женщин контр. гр. 56,21±0,76 лет. Обследование: проведение всем ЭхоКГ с тканевым картированием с определением пиковой скорости раннего диастолического наполнения пика е (см/с), показателя скорости позднего диастолического наполнения пика а (см/с), соотношение е/а,скорости систолического движения s (см/с).

Полученные результаты: В нижнеперегородочных сегментах, в осн. гр. достоверное снижение пика е, (базальные сегменты (7,20±0,26 см/с), средние сегменты (6,27±0,24 см/с), по сравн. с контр. гр (базал. 9,58±0,31 см/с, сред. 8,47±0,34 см/с). Осн. гр. е/а ТД (баз. 0,79±0,02, сред. 0,85±0,04), достоверно ниже, по сравн. с контр. гр. (в баз. 1,11±0,05, в сред. 1,24±0,07). Пик а по данным ТД не имел достоверных различий между группами во всех исследуемых сегментах. Пик s, в осн. гр. (баз. 7,15±0,22 см/с, сред. 6,49±0,26 см/с) отмечался достоверно ниже, по сравн. с контр. гр. (баз. 8,65±0,13 см/с, сред. 7,57±0,11 см/с). В нижних сегментах в осн. гр. достоверное снижение пика е (баз. 7,91±0,34 см/с, сред. 6,33±0,28 см/с), по сравнению с контр. гр.(баз. 11,56±0,47 см/с, сред. 8,81±0,39 см/с). В осн. гр. е/а (баз. 0,92±0,06, сред. 0,87±0,07), достоверно ниже, по сравнению с контр. гр. (баз. 1,20±0,07, в сред. 1,11±0,08). Пик s в осн. гр. (баз. 7,61±0,21 см/с, сред. 6,77±0,20 см/с) достоверно ниже, чем в конт. гр. (баз. 9,27±0,24 см/с, сред. 7,60±0,16 см/с). В боковых сегментах в осн. гр. достоверное снижение пика е (баз. 7,95±0,39 см/с, сред. 6,13±0,19 см/с), по срав. с контр. гр. (баз. 11,67±0,46 см/с, сред. 8,92±0,16). В осн. гр. е/а (баз. 0,91±0,06, сред. 0,83±0,05), достоверно ниже, по сравн. с контр. гр. (в баз. 1,30±0,07, в сред 1,21±0,08). Пик s (баз. 6,95±0,19 см/с, средн. 6,30±0,17 см/с) были дост. ниже контр. гр. (баз. 8,92±0,17 см/с, сред. 7,96±0,19 см/с). По передней стенки ЛЖ в осн. гр. дост. снижение пика е, по сравнению с контрольной гр. (по баз. в осн. гр. 6,60±0,29 см/с, в контр. гр. 9,02±0,27 см/с., по сред. в осн. гр. 5,77±0,28 см/с, в контр. гр. 8,22±0,38 см/с). В осн. группе е/а было менее 1 (баз. 0,79±0,03, сред. 0,87±0,04), и достоверно ниже, по сравн. с контр. гр. (баз. 1,17±0,05, в сред. 1,21±0,06). Пик s в передних сегм. в осн. гр. (баз. 6,80±0,18 см/с, сред. 6,12±0,19 см/с) достоверно ниже, контр. гр. (баз. 8,43±0,15 см/с, сред. 7,61±0,12 см/с).

Выводы: При анализе продольных скоростей движения сегментов ЛЖ в режиме ТД отмечаются достоверно более низкие показатели пиковой скорости раннего диастолического наполнения, отношение е/а менее 1, а так же достоверно более низкие систолические скорости движения миокарда во всех исследуемых сегментах у женщин с ИБС, по сравнению со здоровыми женщинами контрольной.

0425

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА СРЕДИ ДЕТЕЙ Г.ЧЕЛЯБИНСКА ЗА ПЕРИОД 2000-2012 ГГ

Левашова О.А., Дулькин Л.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Врожденные пороки сердца (ВПС) — одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей

(30% всех врожденных пороков развития), занимая третье место после патологии опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы.

Цель. Провести анализ распространенности и структуры врожденных пороков сердца у детей г. Челябинска за период 2000-2012гг.

Материал и методы. Данные Регистра врожденных пороков сердца у детей г.Челябинска в возрасте от рождения до 18 лет за период 2000-2012 гг.

Результаты и обсуждение. Начиная с 2000 года отмечается почти двукратное увеличение общего числа детей с ВПС: 691 чел. в 2000г., 775 в 2003г., 916 в 2006г., 1056 в 2009г. и 1391 в 2012г. Выявлена существенная тенденция к росту распространенности ВПС, которая составила 3.68 на 1000 детского населения в 2000г, 3.87 в 2003г., 4.89 в 2006г., 6.1 в 2009г., 8.69 в 2012г. При этом, первичная заболеваемость на 1000 детского населения составила 0.72 в 2000г., 0.64 в 2003г., 0.87 в 2006г., 1.3 в 2009г., 1.68 в 2012г. Это, несомненно, связано с улучшением пренатальной и ранней постнатальной диагностики ВПС. При этом, нельзя исключить и истинное увеличение числа случаев поражений сердца среди детского населения.

Оценка динамики ВПС у детей в зависимости от возраста показала стабильный рост данной патологии на первом году жизни почти в 2.5 раза: 3.9% в 2000г., 3.3% в 2003г., 7.1% в 2006г., 9.8% в 2009г. и 11% в 2012г. Небольшое снижение отмечается в возрасте от 1 года до 14 лет: 86.4% в 2000г., 78.3% в 2003г., 78.8% в 2006г., 82.4% в 2009г. и 80% в 2012г. У детей старше 14 лет динамика ВПС характеризуется волнообразностью с общей тенденцией к снижению: 9.7% в 2000г., 18.3% в 2003г., 14.1% в 2006г., 7.8% в 2009г. и 9.0% в 2012г. Данная особенность встречаемости ВПС в зависимости от возраста возможно связана с проведением своевременно кардиохирургической коррекции порока сердца. Так за период наблюдения 842 (61%) пациента получили кардиохирургическое вмешательство.

При анализе структуры ВПС у детей выявлено снижение частоты встречаемости изолированных септальных дефектов сердца (дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки) с 56% в 2000 г. до 37.3% в 2012г., при увеличении числа пациентов с открытым артериальным протоком — с 4.8% в 2000 г. до 8.1% в 2012г. В тоже время, все возрастающую долю составляют «другие ВПС», включая пороки синего типа, комбинированные, сочетанные, которые выросли с 39% в 2000 г. до 44.5%, в 2012 г.

Количество детей с ВПС, имеющих инвалидность, существенно снизилось с 15.7% в 2000 г. до 12.9% в 2012г, что связано с ранней диагностикой врожденной патологии сердца, улучшением послеоперационной выживаемости, повышением качества и эффективности реабилитации данной группы больных.

Выводы: Данные Регистра врожденных пороков сердца за 12 лет наблюдения показали значительный рост числа детей с этой патологией, в структуре которых отмечается значительное снижение септальных пороков и увеличение числа комбинированных и сочетанных пороков.

0426

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ ТАБАКА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ

Левина Т.В., Краснова Ю.Н.

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования», Иркутск

Цель — изучить эндотелиальную функцию в зависимости от статуса курения и факторы риска развития эндотелиальной дисфункции у курящих.

Методы исследования. Обследовано 100 курящих (с индексом курения ≥5), средний возраст 42,7±7,6 лет. В контрольную группу были включены 100 некурящих, средний возраст 42,4±7,6. Для изучения функции эндотелия проводили пробы с манжеточной окклюзией плечевой артерии по методике D. S. Celermajer (1992) («LogiqBookXP», «General Electrics», США). У курящих пациентов исследование проводили в условиях воздержания от курения в течение 2 часов. Изучение факторов риска развития эндотелиальной дисфункции проводилось в 2х группах, в одну из которых вошли курящие, имеющие эндотелиальную дисфункцию (n=66 человек), в другую — не имеющие эндотелиальную дисфункцию (n=34 человека).

Полученные результаты. Исходный диаметр плечевой артерии в группах курящих и некурящих был сопоставим и в среднем составлял по 3,6±0,058 мм (p=0,76). Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) была более выражена у некурящих по сравнению с курящими: диаметр плечевой артерии после манжеточной окклюзии увеличивался на 10,7% (5,7-15,2), что соответствовало норме, и 7,7% (3,6-11,5), т.е. ниже нормы, соответственно, p=0,0009. При этом низкий уровень вазодилатации (‹10%) и парадоксальная вазоконстрикция достоверно чаще встречались в группе курильщиков (p=0,002). При изучении факторов риска развития эндотелиальной

дисфункции среди курильщиков было выявлено, что достоверными факторами риска развития эндотелиальной дисфункции среди курящих являются начало курения до 15 лет (OR=1,34; 95% CI: 0,34-5,59), индекс курения ≥30 пачка/лет (OR=1,18; 95% CI: 0,3-5,03), длительность курения более 30 лет (OR=1.14; 95% CI: 0,35-3,83).

Выводы. У курильщиков в 66% случаев выявлена эндотелиальная дисфункция плечевой артерии, тогда как у некурящих она встречалась в 43% случаев. Факторами риска развития эндотелиальной дисфункции у курящих являются начало курения в возрасте до 15 лет, индекс курения ≥ 30 пачка/лет и длительность курения более 30 лет.

0427

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лелявина Т.А., Ситникова М.Ю., Шляхто Е.В.

По данным российского общества специалистов по сердечной недостаточности смертность пациентов с ХСН III–IV ФК в течение года достигает 50%. Среди возможных причин несоответствия доказанной высокой эффективности современных препаратов и высокого уровня смертности больных с ХСН, сохраняющегося в популяции, особая роль отводится низкой приверженности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию строгого выполнения врачебных рекомендация, касающихся диеты и образа жизни. Цель исследования оценить эффективность комплексной реабилитационной программы в отношении частоты госпитализаций и однолетней выживаемости больных ХСН. Методы: Обследовано 79 госпитализированных в специализированное отделение сердечной недостаточности (СОСН) пациентов 45-65 лет, средний возраст 51+/-0.8, 65 мужчин, с III-IV ФК ХСН при поступлении, ФВ 40,8+/-0,3%. На фоне стабилизации состояния все пациенты выполнили субмаксимальный кардиореспираторный тест (КРТ) на беговой дорожке с использованием спироэргометрической системы “Oxycon Pro” (Jaeger, Германия) при включении в исследование, а также через 3-, 6- и 12 месяцев. После выписки из стационара все больные ХСН наблюдались в рамках комплексной реабилитационной программы. Комплексная реабилитационная программа состояла из: обучения больных и членов их семьи, программы физической реабилитации, ежедневного заполнение анкеты НИОСН, ежедневного контроля массы тела, контроля потребления натрия и диеты, ограничения жидкости, одного в 3-6 месяцев визита больного кардиологу — специалисту по сердечной недостаточности, при необходимости — чаще. Результаты: 18% пациентов в течение периода наблюдения были госпитализированы в связи с запланированным перепрограммированием кардиостимулятора, хирургическими операциями на брюшной полости, вен нижних конечностей и т.д. Только 5 (6%) пациентов были госпитализированы в течение периода наблюдения в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности. Выживаемость наблюдаемых больных в течение 1 года составила 100%. Через 12 месяцев программы реабилитации VO2peak обследованных больных увеличился на 10% (p = 0,02). Выводы: Использование комплексной реабилитационной программы амбулаторного ведения способствует увеличению продолжительности жизни больных ХСН и снижению частоты госпитализаций.

0428

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ВКЛЮЧЕНИЯ КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ОРГАНОВ И СИСТЕМ, УЧАВСТВУЮЩИХ В ТРАНСПОРТЕ И УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА, НА ФОНЕ НЕПРЕРЫВНО ВОЗРАСТАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Лелявина Т.А., Ситникова М.Ю., Березина А.В., Козленок А.В., Шляхто Е.В.

Физическая работоспособность является важным критерием здоровья человека. С помощью кардиореспираторного теста (КРТ) возможно оценить состояние физиологических механизмов компенсации органов и систем, участвующих в транспорте и утилизации кислорода, а также, при наличии заболевания данных органов и систем с высокой степенью вероятности выявить существующую патологию. При физической нагрузке (ФН) в организме человека наблюдаются сложные процессы поэтапного включения компенсаторных реакций со стороны органов и систем, участвующих в доставке и утилизации кислорода. Цель исследования: определить последовательность физиологических этапов и компенсаторные механизмы регуляции гомеостаза при возрастающей физической нагрузке у спортсменов. Материалы и методы: В исследование было включено 18 спортсменов-триатлетов (10 мужчин), возраст — 22,3+/-3,2 года, ИМТ — 21,4+/-2,1 кг/м2и 27 здоровых не-

тренированных лиц (19 мужчин), возраст — 25,0+/-8,7, ИМТ — 26+/-2,8 кг/м2. КРТ выполняли на трэдмиле с использованием аппаратуры «Oxycon Pro», Jaeger, Germany. Для каждого участника исследования был создан индивидуальный протокол непрерывно возрастающей ФН, составленный таким образом, чтобы исследуемый достигал максимального усилия за 12-15 минут. Исследуемые были инструктированы на выполнение нагрузки максимально возможной мощности. Перед проведением КРТ исследуемым устанавливали катетер в локтевую вену. Заборы крови осуществлялся 1 раз в покое и каждую минуту во время выполнения ФН. Уровень лактата, pH и HCO3 венозной крови определяли на портативном газоанализаторе i-STAT (Abbott, USA) с помощью наборов картриджей CG4. Физиологические этапы включения компенсаторных механизмов при ФН определяли по изменению уровня лактата, pH и HCO3 в венозной крови и изменению газообмена. Для оценки газообмена использовались следующие показатели: динамика потребления O2 (VO2) и выделения CO2 (VCO2) и их соотношение (RER=VCO2/VO2), объем минутной вентиляции (VE), вентиляторный эквивалент по CO2 (VE/VCO2), отражающий объем минутной вентиляции необходимый для выделения 1л CO2. Результаты. У спортсменов уровень физической работоспособности был достоверно выше, чем у нетренированных лиц. Первый физиологический этап — это пороговый перелом в содержании молочной кислоты– назовем этот этап ЛАКТАТНЫМ или АЭРОБНЫМ порогом. Второй физиологический этап приспособления — в начало снижения pH венозной крови. Третий физиологический этап — точка респираторной компенсации, которую определяли по динамике вентиляторного эквивалента по углекислоте в момент его резкого увеличения. Четвертый физиологический этап соответствует моменту ФН, когда аэробный метаболизм достиг «апогея» и увеличение образования энергии аэробным путем далее невозможно — АЭРОБНЫЙ ЛИМИТ. Вывод: Выделено четыре физиологических этапа компенсации энергетических затрат на фоне непрерывно возрастающей ФН. К ним относятся: аэробный или лактатный порог, pH-порог или ацидотический порог, точка респираторной компенсации и аэробный лимит.

0429

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ПОДХОДЫ К ТРОМБОЛИЗИСУ

А.А. Леонов, А.А. Дюжиков, В.Л.Костенко, Ф.П. Артющенко, В.Д. Шамханьянц, И.В. Можаев, А.С.Кочарян, В.В.Румбешт

Кардиохирургический центр ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение: несмотря на достигнутые успехи в диагностике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), многие вопросы в ведении пациентов остаются нерешенными. Анализ медицинской литературы демонстрирует сохраняющееся противоречивое отношение к тромболизису при ТЭЛА и выбору метода его проведения.

Цель: представить первый опыт селективного введения фибринолитического средства в рамках протокола проведения комбинированного тромболизиса при массивной ТЭЛА на примере клинического случая.

Материалы и методы: больной У., 35 лет поступил в отделение реанимации кардиоцентра в крайне тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, одышку и сердцебиения при минимальной физической нагрузке. 2 недели назад после катания на лыжах в горах отметил приступообразную одышку, сердцебиение, потерял сознание. В связи с сохраняющейся в настоящее время одышкой при обследовании выявлены флотирующий тромбоз глубоких вен нижних конечностей, признаки перенесенной массивной ТЭЛА с 2 сторон. Пациент переведен в кардиоцентр для проведения ангиопульмонографии и имплантации кава-фильтра в нижнюю полую вену. Тромботических масс в стволе легочной артерии (ЛА) не выявлено. В правой и левой ветвях ЛА в области деления на долевые ветви определяются тромботические массы, практически обтурирующие правую и левую ветвь с обедненным контрастированием сегментарных ветвей. Консилиумом решено провести введение актилизе в катетер, установленный в пораженные ветви ЛА с последующим системным введением препарата в дозе 100 мг в условиях отделения реанимации.

Результаты: переведен из отделения реанимации на 1 сутки, выписан из кардиоцентра на 16 сутки. Пациент не предъявляет жалоб, повысилась толерантность к физическим нагрузкам. При контрольном эхокардиоскопии (ЭхоКС) признаков перегрузки ПЖ нет. Через 2,5 месяцев при повторном обследовании одышки при физической нагрузке не отмечает, параметры ЭхоКС в норме, при ангиопульмонографии ствол и ветви ЛА проходимы, рентгенологических признаков ТЭЛА не определяется.

Выводы: Данный клинический случай демонстрирует обоснованность проведения селективного тромболизиса у больных с массивной ТЭЛА с источником эмболии в нижних конечностях. Мы считаем такой подход более оправданным с учетом создания механического препятствия для развития рецидива ТЭЛА, положительной динамики по данным ангиопульмонографии и улучшением клинического состояния пациента как при непосредственной, так и при отсроченной оценке. С учетом преимуществ селективного введения фибринолитического средства целесообразно создать протокол проведения комбинированного тромболизиса при массивной ТЭЛА

0430

ВЗАИМОСВЯЗЬ АДИПОКИНОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЖИРОВОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 1

Леонова Н.В.,[1] Чумакова Г.А.,[2,3] Вигель А.К.,[1] Романова Н.В.,[1]

[1]КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; Барнаул, Россия

[2]ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия
[3]ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия

Патогенетическое значение адипокинов висцеральной жировой ткани у пациентов сахарным диабетом типа 1 (СД 1) изучено мало.

Цель работы: изучить взаимосвязи адипокинов висцерального жира с показателями жирового и липидного обмена у пациентов СД 1

Материал и методы исследования: в исследование включено 76 пациентов СД 1, прошедшие лечение в эндокринологическом отделении ГКБУЗ «Краевая клиническая больница» в 2010-2011 гг. Проведено исследование резистина, адипонектина, лептина, общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности (ЛПВП и ЛПНП) и их взаимосвязей с индексом массы тела (ИМТ) и окружностью талии (ОТ). Корреляционный анализ проводился по методу Спирмена Результат считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты: среднее значение ИМТ у пациентов СД 1 было 24,4±4,7 кг/м2. ИМТ более 25 кг/м2 имели 31 пациент из 76. Только 3 человека имели ожирение. Уровень резистина в целом, у мужчин, женщин в 1 квартили (Q1) у пациентов СД 1 не коррелировал ни с одним из изучаемых показателей. Полагают, что резистин играет ключевую роль в появлении избыточной массы тела у пациентов СД. Уровень резистина в квартили 4 (Q4) статистически значимо положительно коррелировал с показателями ОХ (r 0,83 $p = 0,007$), ТГ (r 0,56 $p = 0,024$), ЛПНП (r 0,69 $p = 0,003$). В группе пациентов СД 1 с высоким уровнем резистина не получено статистического различия в распространенности избыточной массы тела. То есть, чем выше уровень резистина, тем больше была вероятности иметь нарушения жирового обмена у пациентов СД 1, даже без значимого изменения массы тела, что требует дальнейшего изучения. Уровень адипонектина в целом, по квартилям и у женщин не коррелировал ни с одним изучаемым параметром. У мужчин уровень адипонектина статистически значимо положительно коррелировал с ИМТ (r 0,63 $p = 0,048$) и с ЛПНП (r 0,66 $p = 0,037$). Уровень лептина не коррелировал ни с одним изучаемых показателей ни в какой подгруппе пациентов.

Выводы: 1. Высокие уровни резистина у пациентов СД 1 статистически значимо положительно коррелировали с показателями липидного спектра. 2. С адипонектином и лептином не получены корреляции с ИМТ, ОТ и показателями липидного спектра за исключением мужчин, у которых адипонектин статистически значимо коррелировал с ИМТ и ЛПНП. 3. Возможно, отсутствие корреляций с адипонектином и лептином связано с умеренно выраженным увеличением жировой ткани у пациентов СД 1, но высокие уровни резистина у данной группы пациентов могут прогнозировать развитие у них нарушений липидного обмена.

0431

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА

Леонова Н.В.,[1] Чумакова Г.А.,[2,3] Вигель А.К.,[1] Романова Н.В.[1]

[1]КГБУЗ «Краевая клиническая больница»; Барнаул, Россия; [2]ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия; [3]ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить распространенность сердечнососудистых осложнений (ССО) и уровни адипокинов висцерального жира у пациентов сахарным диабетом типа 1 (СД 1), имеющих нормальный тип или метаболический фенотип.

Материал и методы: в исследование включены пациенты СД 1 из регистра СД Алтайского края. Исследование резистина, адипонектина и лептина проведено у 76 пациентов СД 1, прошедших лечение в эндокринологическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в 2010-2011 гг. Пациенты были разделены

на группы с нормальным (группа 1) и метаболическим фенотипом (группа 2). В группу 1 включены пациенты, имеющие окружность талии (ОТ) менее 80 см у женщин и 94 см — у мужчин. В группу 2 пациенты с ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин. В каждой группе изучена распространенность микро- и макроангиопатий. Достоверность различий проверялась с использованием критерия χ^2-квадрат по Пирсону или критерия Стьюдента. Результат считали статистически значимым при p ‹ 0,05.

Результаты: распространенность ССО в группе 2 встречалась статистически значимо чаще, чем в группе 1: диабетическая ретинопатия — в 1,2 раза (66,7 % против 55,0 % p = 0,000), нефропатия — в 1,2 раза (39,5 % против 31,4 % p = 0,000), периферическая полинейропатия — в 1,1 раза (76,5 % против 67,9 % p = 0,000), стенокардия — в 4,5 раза (11,4 % против 2,5 % p = 0,000), острый инфаркт миокарда — в 4,6 раза (3,2 % против 0,7 % p = 0,000), острое нарушение мозгового кровообращения — в 2,6 раза (2,9 % против 1,1 % p = 0,001), атеросклероз артерий нижних конечностей — в 1,5 раза (30,8 % против 20,6 % p = 0,000). Полученные значения резистина статистически значимо не различались в группе 2 по сравнению с группой 1 (4,8±2,0 нг/мл против 4,7±2,7 нг/мл p = 0,509), также, как и значения адипонектина (40,6±25,8 нг/мл против 57,7±27,3 p = 0,804). В связи с тем, что референсные значения лептина для мужчин и женщин были различны, уровень лептина рассчитывался отдельно у мужчин и женщин. У женщин 1 группы уровень лептина был равен 10,11±5,12 нг/мл, во 2 группе — 15,7±4,9 нг/мл (p = 0,002). Среди мужчин в 1 группе уровень лептина был 2,5±2,6 нг/мл, во 2 группе — 3,8±3,5 нг/мл (p = 0,243).

Выводы: 1. Распространенность микро — и макроангиопатий среди пациентов СД 1 с метаболическим фенотипом выше, чем среди пациентов с нормальным распределением жира. 2. Уровень резистина и адипонектина не различался в группах с нормальным и метаболическим фенотипом. 3. Уровень лептина у женщин с метаболическим фенотипом статистически значимо выше, чем у женщин с нормальным фенотипом. 4. Метаболический фенотип у пациентов СД 1 статистически значимо увеличивает риск развития ССО .

0432

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Леонтьева А. В., Середа Т.В., Гапон Л. И.

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

Цель исследования. Целью исследования являлось изучение структурных изменений сердца с помощью эхокардиографического исследования у пациентов с артериальной гипертензией коренного и прошлого населения, проживающих на территории Ямало-ненецкого автономного округа (ЯНАО).

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), мужчин и женщин, в возрасте 21-55 (средний возраст 44,1 ±1,3), постоянно проживающих в условиях Крайнего Севера. Пациенты были разделены на 2 группы: первую составили коренные жители в количестве 50 человек (мужчин-38%, женщин-62%),вторую — пришлое население в количестве 50 человек (мужчин-40%, женщин-60%). Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, стадии и степени АГ. В первой группе доля пациентов с АГ 2 стадии составила 94%, во второй 72% (p=0,004). АГ 2 степени -92% и АГ 3 степени — 8%. Во второй группе доля пациентов с АГ 1 стадии составила 28%, АГ 2 стадии 72%(p=0,004); АГ 2 степени 82% и 3 степени 18%. Всем пациентам выполнено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ).

Результаты. Анализ данных ЭхоКГ выявил в группе коренных достоверно меньшие показатели: размер корня Ао в первой группе (коренное население) составил 2,8±0,06см, во второй группе (пришлые жители) 2,9±0,05см (p=0,05), конечно-диастолический размер в 1 группе 4,6±0,06см, во 2 группе 4,8±0,04см (p=0,005), конечно-систолический размер 3,2±0,04см и 3,4±0,04см соответственно (p=0,007), конечно-диастолический объем у коренных 100,2±2,72мл, у пришлых 110,1±2,25мл (p=0,005), конечно-систолический объем 42,0±1,21мл и 47,4±1,47мл(p=0,007), ударный объем 58,2±1,82мл и 62,7±1,26мл (p=0,009), а также рост 156,4±1,28см и 166,6±1,48см (p‹0,001), вес 61,98±1,59кг и 71,9±1,3кг (p‹0,001). При определении толщины МЖП достоверных различий выявлено не было, в обеих группах пациентов ТМЖП составила 1,3±0,02см, ТЗС в группе коренных жителей оказалась равной 1,1±0,02см, тогда как в группе пришлых 1,0±0,02см (p=0,01). При сопоставлении результатов индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) выявлено, что у коренного населения

ИММЛЖ составил 105,3±3,33г/м2, а у пришлого 98,9±3,66г/м2, большее значение ИММ у коренных жителей объяснялось их меньшей площадью тела. У 34% всех пациентов страдающих АГ отмечалось нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу. При сравнении показателей митральной регургитации отмечено, что у коренных она встречалась в 64% случаев, у пришлых в 34% случаев (p=0,03).

Заключение. Выявленная гипертрофия МЖП в обеих группах пациентов страдающих только АГ и гипертрофия ЗС в группе коренного населения, а также нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу у 1/3 всех пациентов свидетельствуют о ремоделировании гипертонического сердца, на фоне оптимального значения ИММЛЖ в обеих группах. Достоверно большее количество пациентов с незначительной митральной регургитацией в группе коренного населения не нашло объяснения в рамках данного исследования.

0433

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Леонтьева А. В., Гапон Л. И., Середа Т. В.

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

Цель исследования. Целью исследования являлось изучение структурных изменений сердца с помощью эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у пациентов страдающих артериальной гипертензией (АГ) и АГ в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) у коренного населения, проживающего на территории Ямало-ненецкого автономного округа (ЯНАО).

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов страдающих АГ и АГ в сочетании с ХИБС, мужчин и женщин, в возрасте 21-55, проживающих в условиях Крайнего Севера. Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа — пациенты, страдающие только АГ, в количестве 50 человек (38% мужчин, 62% женщин), средний возраст составил 44,08±1,15 лет, вторая группа — пациенты с ХИБС и АГ в количестве 50 человек (мужчин- 36%, женщин-64%) средний возраст составил 52,36±0,43 лет(p<0,001). В первой группе доля пациентов с АГ 2 степени — 92% и АГ 3 степени — 8%. Во второй группе доля больных с АГ 2 степени составила 60%, АГ 3 степени — 40% (p<0,001). У всех больных ХИБС определен II функциональный класс СН. Всем пациентам выполнено ЭхоКГ.

Результаты. При анализе результатов ЭхоКГ между двумя группами отмечено, что размеры сердца находились в пределах оптимальных значений, но у пациентов страдающих ХИБС и АГ оказались большими следующие показатели: диаметр корня аорты в 1 группе (коренное население, страдающее только АГ) составил 2,8±0,06см, тогда как во 2 группе (коренные страдающие ХИБС и АГ) 3,2±0,07см (p<0,001), размер левого предсердия (ЛП) в 1 группе 3,5±0,07см, во 2 группе 3,9±0,05см (p<0,001), правого желудочка 2,1±0,05см и 2,3±0,04см соответственно (p=0,03), конечно-систолический размер в 1 группе составил 3,2±0,04см, во 2 группе 3,4±0,04см (p=0,006) и объем 42,0±1,21мл и 47,6±1,50мл соответственно (p=0,005), а также масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) 174,9±6,69г и 204,4±8,13 (p=0,006). При сравнении значения индекса массы миокарда (ИММЛЖ) между двумя группами, выявлена гипертрофия ЛЖ в группе пациентов страдающих ХИБС и АГ показатель которой, оказался равен 117,8 ± 4,28 г/м2, а в группе пациентов, страдающих только АГ, ИММЛЖ составил 105,3±3,33 г/м2(p=0,02). Доля пациентов с атеросклеротическим поражением корня аорты в первой группе составила 8%, во второй группе 86% (p<0,001), количество пациентов с нарушением диастолической функции ЛЖ по 1 типу в первой группе составило 34%, во второй 72% (p<0,001), с митральной недостаточностью 1 степени в первой 64%, во второй 84% соответственно (p=0,02) и с признаками дилатации ЛП в первой 14%, во второй 48% (p<0,001).

Заключение. У коренных пациентов страдающих ХИБС и АГ выявленная гипертрофия ЛЖ, большее количество пациентов с атеросклеротическим поражением корня аорты, митральной недостаточностью, нарушением диастолической функции ЛЖ, дилатацией ЛП, в сравнении с пациентами страдающими только АГ, связано с возрастом пациентов, длительностью стажа заболевания АГ и высокой степенью АГ, помимо наличия ИБС.

0434

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лещенко И.Ж., Воробьева Е.Н.

КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края,

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: разработка поэтапной системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Методы исследования: оценка факторов риска (ФР) ССЗ путем анкетирования и опроса, антропометрии, лабораторных, клинических и функциональных методов. Поэтапно обследуются пациенты в рамках дополнительной диспансеризации, лица группы риска по развитию преждевременных осложнений ССЗ (сочетание 2 и › факторов риска), с выраженной и/или наследственной гиперхолестеринемией, высоким риском по результатам МСКТ и др.

Результаты: с учетом рекомендаций Российского научного общества кардиологов о проведении мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) для раннего выявления атеросклеротического поражения сосудов у лиц трудоспособного возраста была создана компьютерная программа «Расчёт сердечно-сосудистого риска (CORONARY RISK DCAK)» (2011, № 2012619875), которая интегрирует сведения о наличии всех имеющихся ФР ССЗ и показателей МСКТ. После обязательного этапа скрининга ФР ССЗ проводится расчет фатального риска ССЗ — SCORE. При наличии величины риска SCORE ≥ 5% пациентам назначается исследование современных показателей риска осложнений ССЗ (высокочувствительный СРБ, АпоА1, АпоВ с расчетом их соотношения и др.), дополнительные инструментальные методы обследования, консультации различных специалистов, рекомендуются не- и медикаментозные методы профилактики с последующим мониторингом, при необходимости оказывается высокотехнологичная помощь в лечебно-профилактических учреждениях края. При оценке полученных данных выявлено, что в среднем 15% обследованных нуждаются в агрессивных методах профилактических вмешательств.

Заключение. Результаты свидетельствуют, что разработанная система специализированной службы поэтапного и комплексного выявления факторов риска ССЗ, определения коронарного риска, интеграции и преемственности действий врачей различных специальностей по диагностическим мерам позволяет направленно и эффективно назначить рекомендации по профилактике ССЗ в виде модификации двигательного, пищевого и поведенческого режимов, медикаментозной терапии.

0435

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Липатова Т.Е., Ревуцкая Е.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

Цель исследования: определить оптимальные подходы к терапии пациентов с хроническим ишемическим панкреатитом (ХИП) и хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материалы и методы. Обследованы 100 больных в возрасте от 56 до 80 лет с хроническим ишемическим панкреатитом. Наличие гемодинамически значимого стеноза чревного ствола атеросклеротического генеза подтверждено при допплеровском исследовании. Группу сравнения составили 25 пациентов старше 60 лет с ХИБС без клинико-инструментальных признаков стенозирующего атеросклероза висцеральных ветвей брюшной аорты. Определяли уровень эндотелина-1 и нитритов плазмы крови. Медикаментозная терапия включала антиагреганты, статины, ферментные препараты, спазмолитики. Также 50 пациентов получали терапию периндоприлом, амлодипином и бисопрололом (группа I), 50 — периндоприлом, изосорбида мононитратом и бисопрололом (группа II), наблюдение осуществляли в течение 6 месяцев.

Результаты. Среди обследованных пациентов у 72% пациентов диагностировали стабильную стенокардию II-III функциональных классов, у 28% — постинфарктный кардиосклероз или атеросклеротическую болезнь сердца с нарушением ритма. По результатам обследования у 44% пациентов с ХИП зарегистрирована умеренная, у 56% — выраженная внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Средний уровень панкреати-

ческой эластазы составил 128,8±40,4 мкг/г кала. Достоверной зависимости интенсивности абдоминалгии и экзокринной недостаточности поджелудочной железы в зависимости от функционального класса абдоминальной ишемии установлено не было. У пациентов с ХИП выявили двухкратное увеличение уровня эндотелина-1 и достоверное снижение нитритов плазмы крови по сравнению с показателями в группе сравнения. Среди пациентов группы I, получавших в комплексном лечении периндоприл в сочетании с бисопрололом и амлодипином сохранялась клинико-инструментальная ремиссия панкреатита и наблюдали повышение уровня эластазы-1 кала до 167,5±48,3 мкг/г кала, уменьшение концентрации эндотелина-1 и некоторое повышение уровня нитритов крови. Среди пациентов, получающих терапию, включающую периндоприл, бисопролол и изосорбида мононитратом, сохранялся диспепсический синдром различной степени выраженности, уровень панкреатической эластазы в кале и показателей эндотелиальной дисфункции оставался без существенной динамики.

Выводы. В основе развития ишемического панкреатита важное значение приобретает нарушение нейроэндокринной регуляции, характеризующееся повышением концентрации в крови эндотелина-1. Наиболее оптимальной и предпочтительной комплексной схемой лечения хронического ишемического панкреатита у пациентов с ХИБС является сочетание ферментных препаратов, спазмолитиков с периндоприлом, бисопрололом и амлодипином.

0436

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ CAS-3 И BCL-2 В МИОКАРДЕ КРЫС-САМОК С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВВЕДЕНИИ МЕЛАТОНИНА

Лискова Ю.В.[1], Ковалевская Е.А.[2], Саликова С.П.[3]

[1]ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России; Оренбург; [2]ГБУЗ «ООКБ», Оренбург;
[3]ФГК ВОУ ВПО «ВМА им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, РоссияЗ

Целью исследования явилось изучение влияния мелатонина на экспрессию Cas-3 и Bcl-2 в миокарде крыс-самок в условиях экспериментальной сердечной недостаточности (ЭСН). Материал и методы. Исследование проводилось на 25 белых лабораторных крысах-самках массой 180-230 г., 5 составили контрольную группу. 20 животным моделировали ЭСН по методике В.И. Инчиной с соавт. [2000] путем подкожного введения в течение 14 дней 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим их плаванием до глубокого утомления. 4-х крыс декапитировали на 14 сутки ЭСН. 16 опытных животных были разделены на 2 группы после моделирования ЭСН: 8 крысам вводили в течение 14 дней подкожно мелатонин (Sigma-Aldrich) в дозе 1 мг/кг чистого вещества разведенного в 0,2 мл 0,9% хлорида натрия, 8 животным подкожно вводили 0,2 мл 0,9% хлорида натрия ежедневно. На 28 день опыта животные были выведены из эксперимента. Миокард левого желудочка (ЛЖ) крыс изучен с помощью методов световой микроскопии, иммуноцитохимии (экспрессии Cas-3 и Bsl-2), морфометрии. Результаты: На 14 сут ЭСН выявлены признаки дистрофии, пересокращения и повреждения КМЦ; регистрировались кариопикноз, парануклеарный отек, локальная деструкция саркоплазмы. На 28 сут после ЭСН в миокарде возрастало количество как атрофически измененных КМЦ, так и гипертрофированных миоцитов, отмечалось достоверное увеличение объемной плотности стромы, диффузная инфильтрация ее мононуклеарными клетками. Данные морфометрии показали: изменение d КМЦ (8,04±1,12 при введении мелатонина (М); 9,01±1,15 мкм 14 сут и 8,84±1,26 28 сут ЭСН, контроль 7,77±0,75 мкм, $p<0,05$); изменение ОП КМЦ (85,5±5,2 при введении М; 81,4±3,73 на 14 сут и 75,29±4,8 на 28 сут ЭСН, контроль 84,2±2,51, $p<0,05$); отмечалось изменение количества КМЦ (Cas-позитивных) с явлениями апоптоза (3,20±0,13%при введении М; 9,05±0,42% на 14 сут и 6,17±1,02% на 28 сут ЭСН, контроль 1,1±0,11%, $p<0,05$); Bcl-2-позитивных КМЦ (9,19±0,12% при введении М; 11,02±0,11% на 14 сут и 5,13±1,03% на 28 сут ЭСН, контроль 2,11±0,4%, $p<0,05$). У животных с ЭСН, получавших в течение 14 сут мелатонин, отмечался регресс патологических изменений, регистрировалось значимое уменьшение числа Cas-позитивных КМЦ. Выводы: Оценка соотношения про- и антиапоптозных маркеров программируемой клеточной смерти имеет важное значение, как фактор структурного гомеостаза миокарда. Данные нашего исследования продемонстрировали кардиопротективные и антиапопточеские эффекты мелатонина на миокард ЛЖ крыс с ЭСН. Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 11-04-97000 р_поволжье_а).

0437

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АССОЦИАЦИИ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Литвинова Т.А., Болотнова Т.В. ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, ГБУЗ ТО «ОКБ№1», Тюмень

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) достаточно часто являются сопутствующими заболеваниями. По данным различных авторов, в 62% наблюдений среди больных ХОБЛ старших возрастных групп выявлены сердечно-сосудистые заболевания, в том числе ИБС. Исследование Global Burden of Disease Study показало, что ХОБЛ находится на 6 месте среди ведущих причин смерти в мире. Увеличение смертности связывается с курением и старением населения. Одной из причин смерти больных ХОБЛ сегодня называют сердечно-сосудистые заболевания. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей нарушения сердечного ритма у больных пожилого возраста с ХОБЛ в ассоциации со стенокардией напряжения (СН) и АГ. Материалы и методы исследования. Обследовано две группы лиц пожилого возраста: 27 больных ХОБЛ в ассоциации с ИБС и АГ, 27 пациентов с ИБС и АГ. Методы исследования: общеклинические (антропометрия, выявление факторов риска); электрофизиологические (ЭКГ, ЭХОКГ, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ); функциональные (ФВД, эргоспирометрия); биохимические исследования крови (общий белок, креатинин, глюкоза крови, общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, АСТ, АЛТ); коагулограмма (МНО, ПТИ, фибриноген). С целью анализа газового состава крови у обследованных больных было проведено изучение кислотно-основного состояния крови (pH, BB, BE, pO2, pCO2) эквилибрационным микрометодом Аструпа (1957) на анализаторе электролитов и кислотно-щелочного состояния «AVL-OMNI-4». В ходе анализа результатов обследования получены следующие данные. В структуре нарушений сердечного ритма у больных пожилого возраста преобладают наджелудочковые аритмии. У пациентов с ХОБЛ в ассоциации со СН и АГ процент наджелудочковой эктопической активности составил 66,7%, а у больных со СН и АГ — 44%. Количество и тяжесть наджелудочковых и желудочковых аритмий увеличивается по мере нарастания тяжести течения ХОБЛ. Уже при средней степени тяжести ХОБЛ регистрируются пароксизмальные наджелудочковые тахикардии — в 18% случаев. Для сравнения в группе пациентов со СН и АГ данный процент составил 3%. Желудочковая экстрасистолия регистрировалась в 59% случаев у пациентов с тройственной патологией, и в 30% случаев у больных со СН и АГ. Следует отметить тот факт, что максимальное количество желудочковых экстрасистол у больных со СН и АГ было зарегистрировано в дневное время, т.е. в 81% случаев. В то время как в группе пациентов с ХОБЛ в ассоциации со СН и АГ максимальное количество желудочковых экстрасистол приходилось на ночное время — 63%. Таким образом на основании проведенного анализа показано взаимное отягощение и прогрессирование сочетания бронхолегочных заболеваний и сердечно-сосудистой патологии, что необходимо учитывать при лечении больных пожилого возраста с ассоциированной патологией.

0438

СЦИНТИГРАФИЧЕСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Лишманов Ю.Б., Саушкина Ю.В., Ефимова И.Ю., Минин С.М., Кистенева И.В., Попов С.В.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель. С помощью сцинтиграфии с 123I-метайодбензилгуанидином (123I-МИБГ) оценить состояние симпатической иннервации миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы. В исследование были включены 33 пациента с диагнозом ИБС II-III ФК стенокардии, ГБ III ст.: из них — 13 больных с пароксизмальной формой ФП (ПФП), 10 больных с длительно персистирующей формой ФП (ДПФП) и 10 пациентов без признаков ФП. По данным планарной сцинтиграфии миокарда (ПСМ) оценивали общую симпатическую активность по соотношению «сердце/средостение» («С/Ср») и скорости вымывания индикатора. По данным эмиссионной томографии оценивали региональную симпатическую активность.

Результаты. Анализ результатов показал, что у пациентов с ПФП и ДПФП значение соотношения «С/Ср» как на ранних, так и на отсроченных сцинтиграммах было достоверно ниже по сравнению с аналогичным показателем у больных без признаков ФП (1,59±0,16, 1,54±0,17 против 1,82±0,11 — на ранних сцинтиграммах и 1,49±0,19, 1,46±0,18 против 1,83±0,13 — на отсроченных сцинтиграммах, соответственно, p<0,05). Также у пациентов с ПФП и ДПФП была достоверно выше скорость вымывания индикатора по сравнению с группой пациентов без ФП (33,4±17,5, 29±11,7 против 17,2±9,6, соответственно, p<0,05). При оценке региональной симпатической активности у пациентов с ДПФП дефект накопления 123I-МИБГ на ранних и на отсроченных сцинтиграммах был достоверно больше по сравнению с группами больных с ПФП и без ФП.

Выводы. У пациентов с ФП имеют место выраженные изменения функционального состояния симпатической нервной системы миокарда ЛЖ по сравнению с группой пациентов без ФП. Наиболее значимые нарушения региональной симпатической активности наблюдаются у пациентов с постоянной формой ФП.

0439

ВЛИЯНИЕ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА ОБЪЕМНЫЕ СОСТОВЛЯЮЩИЕ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОК У БОЛЬНЫХ ХСН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСА

Ломакина Н.А., Ефремушкин Г.Г.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздравсоцразвития России, Барнаул

Цель. Изучить влияние велотренировок (ВТ) на гемодинамику сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого возраста. Материал и методы. Обследовано 122 больных ХСН. Средний возраст больных 76,78±1,28 лет ХСН I ст. была у 40 больных, II А ст. у 82 больных, I ФК у 27, II у 74 и III у 21, средний ФК- 1,85±0,06. Больные рандомизированы на основную группу — 82 пациента, которым проводился курс ВТ с медикаментозной терапией (МТ), и группу сравнения — 40 больных, получавших только МТ. Исследование структурно-функциональных показателей сердца и гемодинамики проводились на эхокардиографе «Vivid7» (США). Определяли: поперечные размеры предсердий, толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ в систолу и диастолу. Эти величины являлись исходными для расчетов показателей: конечно — диастолического (КДР мм; КДО мл) и систолического (КСР мм; КСО мл) размеров и объемов, ударного объема (УО мл), фракции выброса (ФВ %) по Teicholz L. Были рассчитаны минутный объем кровообращения (МОК мл), объем крови в конце диастолы (V КД в мл) и остаточный объем крови в конце систолы (ООКС в мл) обоих желудочков. В обеих группах больные были рассмотрены в зависимости от величины МОК: первая подгруппа — МОК до 4000 мл, вторая 4000-6000 мл, третья — более 6000 мл. Результаты. У больных с ВТ в первой подгруппе УО и VКД ПЖ существенно не менялись, при этом снизился ООКС ПЖ на 19,3% (p=0,001), при увеличении ФВ ПЖ на 10,3% (p=0,0001). В ЛЖ УО и ФВ увеличились на 17,6% и 13,6% сотвественно (p<0,05), ОККС уменьшился на 16% (p<0,05). Во второй подгруппе уменьшились ООКС обоих желудочков в среднем на 15% (p=0,001), УО и V КД не менялись. В группе с ВТ увеличилась ФВ ПЖ на 8,9% и ЛЖ на 7,4% (p<0,05).В группе без ВТ отмечалось увеличение ФВ ЛЖ на 15,6% (p<0,05). В третьей подгруппе в ПЖ УО и V КД не изменились, уменьшился ООКС на 10,7% (p=0,0001) и увеличилась ФВ ПЖ на 8,5% (p=0,001). В ЛЖ увеличился УО на 8,3% и ФВ на 7% (p<0,001), снизились V КД и ООКС на 7% и 19,7% сотвественно (p<0,05). В группе сравнения объемные показатели не менялись ни в одной из подгрупп. Выводы. Применение комплексного лечения, включающего ВТ, у больных ХСН пожилого возраста замедляет процессы ремоделирования (уменьшают объемы полостей) обоих желудочков. Улучшает их сократительную функцию, что проявлялось уменьшением ООКС без значительного прироста УО и V КД, при увеличении ФВ (особенно в группе больных с повышенным МОК).

0440

НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Лопина Е.А., Исаева Е.Н., Вдовенко Л.Г., Либис Р.А.

ГБОУ ВПО ОрГМА МЗ РФ, Оренбург, Россия

Диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) является самостоятельным фактором, определяю-

щим прогноз развития сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего, сердечной недостаточности. В настоящее время обсуждается вопрос о влиянии АО на развитие и прогноз сердечной недостаточности, в основе которой лежит диастолическая дисфункция ЛЖ.

Цель: изучить особенности диастолической функции ЛЖ у лиц с абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы: обследовано 140 пациентов из случайно сгенерированной выборки (68 мужчин и 72 женщины; средний возраст — 47,9±14,9 лет). В исследование не включались лица, имеющие в анамнезе сердечно-сосудистую патологию. Все обследуемые были подвергнуты обычным методам общеклинического обследования, которые включали, помимо сбора анамнеза, физикальный осмотр и антропометрию (рост, вес с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ) с обязательным измерением окружности талии (ОТ). Для выделения лиц с АО использовалось пороговое значение ОТ≥94/80 см для мужчин/женщин, соответственно. Для изучения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) на аппарате Vivid 3. Изучались следующие показатели: пики E и A, их соотношение E/A и IVRT. Все обследуемые были разделены на две группы: первую группу составили лица с АО — 100 человек, вторую (контрольную) — лица, имеющие нормальные значения ОТ (40 человек). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы SPSS (Version 20). Данные представлены в виде среднего арифметического и его стандартного отклонения (M±SD). Для выявления взаимосвязей между изучаемыми признаками использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Статистическая значимость присваивалась при пороговом уровне p<0,05.

Результаты: в группе пациентов с АО преобладали женщины (53%). Пациенты первой группы имели среднее значение ИМТ в рамках избыточной массы тела (29,4±5,2 кг/м2), тогда как лица контрольной группы — в рамках нормальных значений (22,3±2,8 кг/м2, p<0,0001). По данным ЭХОКГ обследования, лица с АО имели достоверно более низкое среднее значение соотношения E/A, чем обследуемые контрольной группы (0,7±0,1 vs 1,3±0,2, p<0,0001) и высокое — IVRT (155,4±42,6 vs 96,8±8,5, p<0,0001, соответственно). При проведении корреляционного анализа выявлена статистически значимая отрицательная корреляция ОТ и соотношения E/A в группе лиц с АО (r=-0,53, p<0,0001) и положительная с IVRT (r=0,45, p=0,002). При сравнении показателей нарушения диастолической функции ЛЖ между группами лиц мужского и женского пола с АО статистически значимые различия не найдены.

Выводы: простой скрининговый метод измерения ОТ помогает в рутинной практике врачу выделять группу пациентов, имеющих АО, которое в свою очередь является фактором риска развития диастолической дисфункции ЛЖ. Раннее выявление на амбулаторном этапе лиц с АО и диастолической дисфункцией ЛЖ необходимо для проведения профилактики развития сердечно-сосудистых катастроф.

0441

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНО ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА

Лугачёва Ю. Г., Янулевич О. С., Ершова Н. В., Кривощёков Е. В., Ковалёв И. А., Кулагина И. В.

ФГБУ «НИИ Кардиологии» СО РАМН, Томск

Цель: изучить встречаемость аллельных вариантов генов ферментов фолатного цикла, ассоциированных с риском развития сосудистых осложнений (венозных и артериальных тромбозов) у пациентов с функционально единственным желудочком сердца (ФЕЖС).

Материалы и методы: проведено молекулярно-генетическое исследование аллельных вариантов генов ферментов фолатного цикла у 86 пациентов с ФЕЖС. Материалом исследования являлась цельная стабилизированная кровь. Образцы ДНК пациентов были исследованы на наличие однонуклеотидных полиморфизмов в генах ферментов фолатного цикла: MTHFR:677 C>T (метилентетрагидрофолатредуктаза), MTHFR:1298 A>C (метилентетрагидрофолатредуктаза), MTR:2756 A>G (B12-зависимая метионинсинтаза), MTRR:66 A>G (метионинсинтазаредуктаза). Генотип определяли методом полимеразной цепной реакции с использованием коммерческих наборов реагентов (ДНК-Технология, Россия).

Результаты: в группе обследованных пациентов были выявлены следующие результаты генотипирования. «Дикий» тип (CC) гена фермента метилентетрагидрофолатредуктазы регистрировался у 50 (58,1%) пациентов, частота гетерозиготного аллеля 677CT составила у 30 (34,9%), гомозиготного аллеля 677TT — у 6 (7%). У гомозигот по полиморфному аллелю активность фермента in vitro снижена на 70%, а у гетерозигот — 35%. Описана взаимосвязь полиморфизма C677T с венозными и артериальными тромбозами, риск развития кото-

рых особенно возрастает у гомозиготных носителей по мутантному аллелю.

Вторым распространенным полиморфизмом в этом гене является транзиция A1298C. В нашем исследование носителями «дикого» типа (AA) являлись 39 (45,3%) пациентов, гетерозиготного (AC) — 44 (51,2%), гомозиготного аллеля (CC) — 3 (3,5%). При наличии аллеля 1298C также снижается активность фермента, хотя и не так значительно, как при полиморфизме аллеля 677T. Индивидуумы, являющиеся компаунд-гетерозиготами по данным аллелям (генотип 677CT/1298AC), согласно некоторым исследованиям, характеризуются снижением активности фермента на 40-50% , аналогичной гомозиготным носителям аллеля 677T. Среди нашей группы обследованных у 14 (16,3%) пациентов выявлено данное сочетание полиморфизмов.

В гене фермента MTR 48 (55,8%) пациентов являлись носителями «дикого» типа (AA) генотипа, 34 (39,5%) — гетерозиготного (AG), 4 (4,7%) — гомозиготного (GG).

При исследовании полиморфизма гена фермента MTRR у 15 (17,4%) пациентов определялся «дикий» тип (AA), у 49 (57%) — гетерозиготный (AG), у 22 (25,6%) — гомозиготный генотип (GG). Данный полиморфизм в 4 раза снижает активность фермента MTRR, усиливает патологический эффект, ассоциированный с полиморфизмами генов MTHFR и MTR.

Заключение: результаты молекулярно-генетического анализа аллельных вариантов генов ферментов фолатного цикла в комплексе с существующими алгоритмами диагностики могут быть использованы для оценки риска развития сосудистых осложнений у пациентов с ФЕЖС. Наследственные нарушения ферментов фолатного цикла могут обуславливать повышенный уровень гомоцистеина. Гипергомоцистеинемия является независимым и существенным фактором риска развития артериальных и венозных тромбозов, а также атеросклеротического поражения коронарных, мозговых и периферических сосудов.

0442

ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТАДИИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПУЛЬСУРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Лукьянова М.В., Кулюцин А.В., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: оценить частотные характеристики сердечного ритма, регистрируемые при офисном измерении и суточном мониторировании ЭКГ, у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), получавших в течение 48 недель пульсурежающую терапию (ПУТ).

Методы исследования: включено 102 пациента с АГ 1-2 степени 1-2 стадии, 27 (24%) мужчин и 75 (76%) женщин в возрасте 55 (50;58) лет, которые на протяжении 48-недель получали пульсурежающие препараты: 78 человек (79%) эгилок ретард в дозе 50-200 мг/сут и 24 человека (21%) дилтиазем в дозе 180-360 мг/сут в один прием. Всем пациентам дважды проводили суточное мониторирование ЭКГ с оценкой частотных характеристик синусового ритма с использованием системы холтеровского мониторирования «Астрокард» (ЗАО «Медитек»). Дополнительная опция системы «Астрокард» позволяет рассчитать процент сердечных сокращений, превышающих вводимые пороговые значения за выделенный период времени, который можно обозначить как «хронотропная нагрузка» (ХН), а также нормированный индекс площади тренда ЧСС (НИП). В результате анализа 24-часовых записей регистрировали следующие частотные показатели синусового ритма: максимальная, минимальная и средняя ЧСС за сутки, средняя ЧСС за день и ночь, ХН и НИП за сутки, в дневные и ночные часы. Офисные значения ЧСС в покое определяли на лучевой артерии в течение 60 сек у пациента, находящегося в положении сидя после 10-минутного отдыха.

Результаты: по результатам 48-недельной ПУТ выявлено достоверное снижение офисной и максимальной ЧСС на 11 уд/мин и 14 уд/мин соответственно ($p<0,05$). По другим частотным характеристикам ритма статистически значимой динамики не получено: минимальная ЧСС за сутки уменьшилась на 1 уд/мин ($p>0,05$), среднесуточная ЧСС на 2 уд/мин ($p>0,05$), среднедневная ЧСС на 4 уд/мин ($p>0,05$) и средняя частота за ночь на 1 уд/мин ($p>0,05$); ХН за сутки, день и ночь снизилась на 3,26%, 2,64% и 4,81% соответственно ($p>0,05$), а НИП в указанных временных интервалах — на 0,95, 0,66 и 0,45 ($p>0,05$).

Выводы: полученные данные позволяют констатировать отсутствие однонаправленной динамики офисной, средних значений ЧСС и показателей ХН, а также усомниться в полноценном контроле хронотропной функции сердца, оцениваемой исключительно при измерении офисной ЧСС.

0443

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ю.А. Лутай, А.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Е.И.Лебедь

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь, Украина

Цель работы — изучить влияние L-аргинина на качество жизни больных со стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение и лечение 15 пациентов в возрасте 50-65 лет со стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов. Обследуемые больные получали общепринятую базисную терапию, которая включала статины, бета-блокаторы, ацетилсалициловую кислоту, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в оптимальных дозах в течение не менее месяца до включения в исследование и не менялась на протяжении всего курса наблюдения. При приступах стенокардии использовались нитраты короткого действия. В течение 10 дней больным ежедневно проводили инфузию 4,2% 100 мл L-аргинина. У всех больных оценивалось качество жизни с помощью опросника ВОЗ SF-36 по стандартизированной методике оценки по восьми шкалам здоровья.

Результаты и обсуждение. Было выявлено снижение качества жизни по всем исследуемым шкалам. Добавление к стандартной медикаментозной терапии L-аргинина отмечено достоверным улучшением всех исследуемых в данной методике показателей. Показатели физического функционирования улучшились 16,75 ± 1,16 до 21,79 ± 1,50 балла, ($p < 0,05$), уровень показателя ролевого функционирования с 3,12 ± 1,66 до 17,97 ± 3,07 балла, ($p < 0,001$); интенсивность боли с 14,69 ± 1,08 до 20,01 ± 1,14, ($p < 0,001$); общее состояние здоровья с 11,25 ± 1,99 до 22,78 ± 1, 77 балла, ($p < 0,001$); жизненная активность с 15,23 ± 1,26 до 20,31 ± 1,14 балла, ($p < 0,001$); показатели социального функционирования с 17,97 ± 1,67 до 25 00 ± 1,50 балла, ($p < 0,001$); показатели по шкале ролевого функционирования с 5,21 ± 2,27 до 22,39 ± 3,41 балла, ($p < 0,001$);. показатели психического здоровья с 6,11 ± 2,29 до 32,22 ± 3,83 балла, ($p < 0,001$). L-аргинин хорошо переносился всеми больными, значительные побочные эффекты при использовании препарата отмечены ни были.

Выводы L-аргинин является эффективным препаратом, улучшающим качество жизни больных, обеспечивая повышение активности, удовлетворенность лечением и улучшение общего самочувствия пациентов. Также L-аргинин обладает высоким профилем безопасности.

0444

ПРЕДИНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФЕНОМЕНА ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ

Лыкасова Е.А., Тодосийчук В.В., Юркина Ю.А., Кузнецов В.А.

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

Короткие эпизоды миокардиальной ишемии индуцируют эндогенные кардиопротективные механизмы, связанные с феноменом ишемического прекондиционирования миокарда (ИП). Одной из общепринятых клинических моделей ИП является прединфарктная стенокардия (ПС), которая определяется как один или несколько приступов стенокардии незадолго до начала развития инфаркта миокарда (ИМ). Впервые защитный эффект ПС был выявлен при анализе данных многоцентрового исследования TIMI-4, по результатам которого ПС была ассоциирована с более благоприятным госпитальным и отдаленным прогнозом ИМ. В многочисленных более поздних работах было продемонстрировано положительное влияние ПС на размер ИМ, сократительную функцию ЛЖ и процессы его ремоделирования. Было показано, что наличие ПС было ассоциировано с более низкими показателями летальности и развития тяжелых госпитальных осложнений, более низкими значениями максимальных уровней кардиоспецифических ферментов и более редким формированием Q-волнового ИМ. Также был выявлен антиаритмический эффект ПС. У больных с ПС реже развивались жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма: желудочковая тахикардия и фибрилляции желудочков. Кроме того, у больных с ПС реже регистрировались такие электрокардиографические маркеры неблагоприятных аритмических событий, как поздние потенциалы желудочков, были отмечены более низкие значения корригированного интервала QT.

В тоже время, имеются данные о снижении кардиопротективного влияния ПС у женщин, у больных пожилого возраста, при наличии сопутствующего сахарного диабета, гипертрофии левого желудочка, гиперхолестеринемии, приеме некоторых лекарственных препаратов.

В ходе собственного исследования, были получены результаты, подтверждающие литературные данные. Было установлено, что ПС ассоциирована с более редким развитием осложнений в период госпитализации (кардиогенный шок, отек легких, повторный ИМ), более низкими значениями максимальных уровней креатинфосфокиназы, более высокими значениями фракции выброса левого желудочка, меньшим размером асинергии миокарда. По данным Холтеровского мониторирования, проведенного в первые сутки ИМ, нами был выявлен отчетливый антиаритмический эффект ПС.

Таким образом, данные многочисленных клинических исследований, результаты собственных наблюдений свидетельствуют о том, что ПС является спонтанным

фактором защиты миокарда от ишемии-реперфузии. В тоже время пути целенаправленного использования защитных эффектов ПС в условиях уже развившегося коронарного события остаются не ясными. Тем не менее, анамнестические данные о наличии или отсутствии ПС могут быть использованы в качестве дополнительного критерия стратификации риска развития госпитальных осложнений, а также определения прогноза заболевания у больных ИМ.

0445

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Лысоченко А.Б., Осипова И.В., Антропова О.Н., Тавровская Т.В., Тимофеев А.В.

КГБУЗ «Городская больница № 1», Алтайский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии. Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить частоту госпитализированных пациентов в экстренное кардиологическое отделение с фибрилляцией предсердий (ФП), возникшей на фоне употребления алкоголя (АлкФП). Среди этих пациентов оценить влияние алкоголя на внутренние органы.

Материалы и методы: в течение 2012года наблюдались пациенты, госпитализированные с АлкФП. У данной группы пациентов проводилось общеклиническое обследование, забор лабораторных анализов, тестирование на выявление депрессии и алкоголизма (тест на алкоголизм ВОЗ, шкала депрессии Бека).

Критерии исключения: установленная ранее постоянная ФП, плановые госпитализации (в том числе с целью кардиоверсии при устойчивой ФП), ФП на фоне острого коронарного синдрома, а также — пациенты с сохраняющейся ФП, ушедшие из стационара в первые 24 часа госпитализации. Исключены пациенты с установленной ранее тяжелой хронической патологией внутренних органов, проявляющейся недостаточностью функции.

Результаты: в кардиологическое отделение за 2012год госпитализировано 1273 пациента с ФП. Из них — 53 пациента с АлкФП (4,1%).23 пациента (43%) госпитализированы в состоянии алкогольного опьянения (обнаружение этилового спирта в анализе крови и/или мочи на алкоголь). У 49 пациентов (92%) — по результатам лабораторных анализов выявлены отклонения показателей от нормы. Из них: тромбоцитопения у 11% пациентов, увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов (СКОЭ, MCV) — 11%, повышение активности гаммаглутамилтрансферазы — 49%, повышение трансаминаз — 75%, гипербилирубинемия — 26%, повышение щелочнойфосфотазы — 20%, гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия — 38% и 36% соответственно. Элекролитные нарушение (гипокалемия и гипомагниемия 36% — 30% соответственно), гиперазотемия — 20%.

По результатам эхокардиографии выявлено расширение полостей сердца и снижение сократительной способности миокарда у 77% пациентов с АлкФП.

При проведении тестирования — симптомы хронического алкоголизма выявлены у 86% пациентов. 84%пациентов находятся в состоянии легкой депрессии, 10% — умеренной и 1% — тяжелой депрессии.

Выводы: Среди пациентов, причиной экстренной госпитализации которых явилась пароксизмальная ФП, у 53 пациентов аритмия развилась на фоне употребления алкоголя (4,1%). Из них 43% поступили в состоянии алкогольного опьянения. У 92% пациентов с АлкФП выявлено поражение внутренних органов: алкогольнаякардиомиопатия, поражение печени, нарушение жирового обмена («алкогольный метаболический синдром»), нарушение выделительной функции почек и электролитные нарушения.

86% страдают хроническим алкоголизмом, у 95% пациентов выявлены симптомы депрессии.

0446

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Осипова И.В.,Лысоченко А.Б., Антропова О.Н., Тавровская Т.В., Тимофеев А.В.

КГБУЗ «Городская больница № 1», Алтайский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии. Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить частоту экстренно госпитализируемых пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), возникшей на фоне употребления алкоголя (АлкФП). Среди этих пациентов сравнить частоту восстановления синусового ритма в первые 48 часов госпитализации на фоне и без использования антиаритмических препаратов (ААП) I или III класса.

Материалы и методы: в течение года отобраны пациенты, причиной госпитализации которых явилась АлкФП.

Критерии исключения: установленная ранее постоянная ФП, плановые госпитализации (в том числе с целью кардиоверсии при устойчивой ФП), ФП на фоне острого коронарного синдрома, а также — пациенты с сохраняющейся ФП, ушедшие из стационара в первые 24 часа госпитализации.

В течение года в отделение госпитализировано 1273 пациента спароксизмальной ФП. Из них — 53 пациента с АлкФП (4,1%). Сформированы 2 группы пациентов: 1 группа — пациенты, кому на догоспитальном и/или госпитальном этапах вводились ААП I или III класса.2 группа — пациенты, получающие ЧСС-контролирующую терапию.

Результаты: В 1 группе состоит 21 пациент, во 2 группе — 32 пациента. Количество пациентов с давностью ФП к моменту поступления не более 48 часов: в 1 группе — 21, во 2 группе — 25, при этом в первые 48 часов госпитализации синусовый ритм восстановился у 16 (76,2%) — в 1 группе, и у 19(76%) — во второй группе.

Выводы: среди пациентов, причиной экстренной госпитализации которых явилась ФП, у 4,1% — аритмия развилась на фоне употребления алкоголя.

У пациентов с АлкФП давностью не более 48 часов, эффективность ЧСС –урежающей терапии к окончанию 2 суток наблюдения сопоставима с использованием антиаритмических препаратов I и/или III класса (76% и 76,2% соответственно).

0447

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Карпова Э.С.

ФГБУ «СарНИИК» Минздрава России, Саратов, Россия

Использование современных телемедицинских комплексов в организации длительных реабилитационно-профилактических мероприятий у больных ИБС увеличивает надежность и оперативные возможности наблюдения за каждым больным. В перспективе это будет способствовать превращению кардиологической реабилитации в высокотехнологичный процесс.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность домашних физических тренировок (ФТ) у больных ИБС, включенных в программу телемедицинской реабилитации (ТМР).

Материал и методы. В исследование включены 20 пациентов с ИБС в сроки 1-3 мес после ЧКВ: группа ТМР (I группа; n=10; средний возраст 53,9+6,2 лет) и группа сравнения (II группа, средний возраст 53,9+6,2 лет), выполнявшая врачебно-контролируемые ФТ в условиях поликлинического отделения. В обеих группах использованы ФТ средней интенсивности (60%). Критерии включения: способность выполнения теста с физической нагрузкой, сохраненная когнитивная функция, наличие ПК и оборудования для проведения ФТ в домашних условиях (велотренажер, беговая дорожка). Для ТМР использована система «Кардинет-онлайн» (НПП «Волготех», Саратов) с функцией удаленного мониторинга ЭКГ в течение всего периода ФТ, ЧСС, АД, жалоб пациента и возможностью отсроченной телемедицинской консультации для коррекции назначений. Исходно и после 3-месячного курса ФТ исследовались: динамика уровня АД, продолжительность нагрузки (мин) и метаболический эквивалент потребления О2 (МЕ) по данным стресс-теста на тредмиле; наличие и суммарная продолжительность эпизодов ишемии (мин), нарушения сердечного ритма по данным Холтеровского мониторирования.

Результаты. Исходно пациенты обеих групп имели сопоставимый низкий/средний уровень физической работоспособности, характеризующийся небольшой продолжительностью ФН и отсутствием клинически значимых признаков ишемии и нарушений ритма. По результатам контрольного обследования после 3-месячного курса ФТ, пациенты группы ТМР продемонстрировали достоверное увеличение продолжительности нагрузки (8,8±1,1 против исходных 5,5±1,5 мин; p<0.05) и метаболического эквивалента (10,8±1,8 МЕ против 6,3±1,6 МЕ, p<0,05). При этом не было получено достоверных различий функциональных показателей по сравнению с группой традиционных врачебно-контролируемых ФТ (8,9±2,5 против исходных 5,2±1,8 мин; 9,9±1,3 МЕ против 6,6±0,6 МЕ). Не было зарегистрировано клинически значимых эпизодов ишемии и нарушений ритма по данным Холтеровского мониторирования. Вместе с этим, доля пациентов, достигших целевого уровня АД, была достоверно выше в группе ТМР (86% против 55% в группе сравнения), что было напрямую связано с высокой приверженностью лекарственным назначениям (95%) и выполнению домашних ФТ (90%).

Выводы. Таким образом, продемонстрирована безопасность использования систем ТМР для домашней реабилитации пациентов с ИБС. Клиническая эффективность таких систем сопоставима с традиционными врачебно-контролируемые ФТ в условиях поликлинического отделения.

0448

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЛАТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПРИ СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ

Лямина Н.П., Полякова С.В., Сенчихин В.Н.

ФГБУ «Саратовский НИИ кардиологии Минздрава России», Саратов

Цель. Определить выявляемость латентной АГ при использовании пробы с задержкой дыхания в организованной популяции при скрининговом обследовании.

Материал и методы исследования. Проведено скрининговое обследование 85 сотрудников организованного предприятия г. Саратова женского пола в возрасте от 40 до 60 лет, не имеющих в анамнезе данных о сердечно-сосудистых заболеваниях, не принимающих, со слов пациентов, антигипертензивных препаратов. В ходе исследования пациентам проводили физикальное обследование, «офисные» измерения АД, пробу с задержкой дыхания, суточное мониторирования артериального давления. Жалобы во время осмотра у этих пациенток отсутствовали. Пробу с задержкой дыхания для выявления латентной АГ проводили после «офисного» измерения АД и подготовки пациента с целью исключения внешнего влияния на результат исследования. После отдыха в положении сидя в течение 10 минут проводили измерение исходного уровня АД, потом пациенту предлагали задержать дыхание ртом и перекрывали носовые ходы с помощью зажима на 30 сек. Затем после синхронного возобновления дыхания ртом и носом вновь производили измерение уровня АД аускультативным методом. Проба с задержкой дыхания считалась положительной при повышении систолического АД до 140 и выше, а диастолического АД до 90 и выше мм рт ст.; проба считалась отрицательной, при регистрации систолического АД менее 140 мм рт. ст., а диастолического АД менее 90 мм рт. ст. (патент РФ №2376930). Проведение пробы не вызывало у пациентов развития нежелательных явлений и каких-либо побочных реакций. Суточное мониторирование артериального давления проводилось монитором Pressure Trak,USA, осциллометрическим методом по стандартному протоколу исследования в течение последующих двух дней после проведения пробы с задержкой дыхания.

Результаты. Из 85 обследуемых у 58 женщин (ср. возраст 43+2,9 года) при измерении «офисного» АД уровень был ниже 140/90 мм рт. ст. У 20% женщин (17 человек, ср. возраст. 51+6,2 года) при измерении «офисного» АД уровень был выше 140/90 мм рт. Обследуемым с нормальными значениями АД была проведена проба с задержкой дыхания: в 8,62% проба имела положительный результат. У всех обследуемых пациентов, имеющих положительную пробу, по результатам суточного мониторирования артериального давления регистрировались повышенные показатели среднесуточного АД, что подтвердило наличие у этих пациенток латентной АГ, выявленной с помощью пробы с задержкой дыхания.

Выводы. Проба с задержкой дыхания при скрининговых обследованиях определяет латентную АГ в 8,62% случаев в организованной популяции населения женского пола в возрасте от 40 до 60 лет и позволяет улучшить выявляемость АГ у данной категории населения.

0449

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НА ЭТАПЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I-II ФК

Лямина Н. П., Разборова И. Б., Котельникова Е. В., Липчанская Т. П., Карпова Э. С., Сенчихин В. Н.

ФГБУ «СарНИИК» Минздрава России, г. Саратов, Россия

У больных ХСН ишемического генеза присутствуют кардиореспираторные нарушения, которые необходимо учитывать при проведении физической реабилитации. Цель исследования: оценить влияние различных видов длительных контролируемых физических тренировок (ФТ) на показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и толерантность к физической нагрузке (ТФН) у больных, имеющих ХСН I-II ФК ишемического генеза. В исследование включено 49 больных ИБС мужского пола в возрасте от 49 до 64 лет, имеющих ХСН I-II ФК (фракция выброса не менее 45%). Из них 34 перенесли инфаркт миокарда и 30 выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты были рандомизированы в 3 группы, сопоставимые по клиническому статусу и результатам ЧКВ. В I гр. ФТ умеренной интенсивности проводились на тредмиле не менее 3-х раз в неделю, во II гр. — тренировочная ходьба в заданном темпе не менее 2-х часов ежедневно, в III гр. — ходьба с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 часа ежедневно (патент RU № 2440085 C1 от 20.01.2012). Исходно и через 12 месяцев выполнения ФТ всем пациентам проведено клиническое обследование, включающее исследование показателей ФВД (спирография), определение ТФН (стресс-тест на тредмиле). Через 12 мес. проведения мероприятий физической реабилитации в I гр. ЖЕЛ увеличилась на 11,3% у больных ХСН I ФК и на 9,8% у больных ХСН II ФК, во II гр. — на 7,2% и 5,6%, в III гр. — на 10,7% и 8,4% соответственно. Показатель ФЖЕЛ через 12 мес. в I гр. увеличился на 12,1% у больных ХСН I ФК и на 10,1% у больных ХСН II ФК, во II гр. — на 7,4% и 5,8%, в III гр. — на 11% и 9,1% соответственно. Через 12 мес. проведения ФТ в I гр. ОФВ1 увеличился на 12,8% у больных ХСН I ФК и на 11,2% у больных ХСН II ФК, во II гр. на 8,1% и 6,4%, в III гр.– на 11,4% и 10,4% соответственно. При оценке ТФН через 12 мес. проведения мероприятий физической реабилитации в I группе ТФН увеличилась с 9,2±1,3 METS до 12,2±1,2 METS, во II группе — с 8,9±1,2 METS до 9,7±1,3 METS, в III гр. — с 9,0±2,4 METS до 11,4±1,7 METS. Прекращения ФТ в связи с развитием осложнений и нежелательных событий у больных ни в одной группе не было. Таким образом, включение больных ИБС с ХСН I-II ФК, имеющих кардиореспираторные расстройства в программы кардиореабилитации с выполнением ФТ способствует эффективному повышению статических (ЖЕЛ, РО вд., РО выд., ДО) и динамических объемов легких (ФЖЕЛ, ОФВ1), увеличению толерантности к физической нагрузке. Наиболее эффективно на показатели функции внешнего дыхания и толерантность к физической нагрузке влияют ФТ умеренной интенсивности на тредмиле не менее 3-х раз в неделю и ходьба с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 часа ежедневно.

0450

УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ТРИМЕТАЗИДИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Магомедова А.Д., Абдуллаев А.А., Исламова У.А.

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

Цель: определить эффективность триметазидина в коррекции нарушений реполяризации желудочков на ЭКГ у пациентов с ишемическим инсультом.

Материалы: у 37 пациентов (25 мужчин и 12 женщин) с ишемическим инсультом на ЭКГ впервые были зарегистрированы нарушения реполяризации желудочков — подъем или горизонтальная депрессия сегмента ST, инверсия или реверсия зубца Т. Возраст их составил от 48 до 79 лет. Пациенты были рандомизированы в две сопоставимые группы. Для определения степени неврологических нарушений использовали шкалу NIHSS (National institutes of Health Stroke Scale), которая у всех пациентов варьировала от 7 до 20 баллов. Диагноз ишемического инсульта у всех пациентов был подтвержден компьютерной либо магнитно-резонансной томографией мозга. В первую группу вошли 20 пациентов, которым к стандартной терапии ишемического инсульта в течение 14 дней был добавлен препарат триметазидин (Предуктал МВ, Servier, Франция), в дозе 70 мг/сут

(по 35 мг 2 раза в день). 2-я группа из 17 пациентов получала только стандартную для лечения ишемического инсульта терапию (ноотропы, нейропротекторы, инфузионная терапия, антиагреганты, антикоагулянты, антигипертензивные препараты). Всем пациентам в первые часы стационарного наблюдения и повторно через 24 ч проводили количественное определение в плазме крови уровня сердечного тропонина I иммуноферментным метолом с помощью набора реактивов "Siemens" (Россия). Диапазон референсных значений составил 0-0,30 нг/мл.

Результаты. Выявлены следующие нарушения реполяризации желудочков: у 24 пациентов регистрировались изменения зубца Т, в том числе отрицательный зубец Т — у 16 и остроконечный высокой амплитуды — у 8 из них. Подъем сегмента ST более 2-х мм в отведениях I и aVL — у троих, в отведениях V2-V5 обнаружен у шестерых, косонисходящая депрессия сегмента ST более 1 мм на протяжении более 0,1 с в I и aVL отведениях — у пятерых пациентов. Повышенное содержание тропонина I, выше референсных значений, в день поступления имело место у 17 пациентов (0,45-26 нг/ мл). Через 24 ч уровень их составил 0,5-21 нг/мл. При этом повышение тропонина I до 26 нг/мл определялось у двух пациентов с крупным инфарктом мозга.

В 1-й группе нарушения реполяризации устранены у 15, во 2-й — у 8 пациентов.

Выводы. Почти у 80% пациентов с ишемическим инсультом имеют место нарушения реполяризации желудочков на ЭКГ, которые у четверти из них приводят к незначительному повышению уровня тропонина I в плазме крови. Возможно, это связано с одновременными мелкоочаговыми некрозами миокарда.

0451

ПРИМЕНЕНИЕ КОРОНЕЛЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Магомедов А.З., Кудаев М.Т., Ахмедова Д.А., Атаева З.Н., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Алиева М.Г., Эзиляева М.Р., Нурмагомедова Х.Д. , Махмудова Э.Р.

ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала, Россия

Цель: оценить клиническую эффективность применения препарата коронель (никорандил) при лечении больных стабильной стенокардией напряжения III-IV функционального класса (ФК) для профилактики и купирования приступов ангинозных болей. Материал и методы: под наблюдением находились 28 больных (21 мужчина и 7 женщин) ИБС со стабильной стенокардией III-IV ФК. Средний возраст 62,5± 7,2 лет. В течение двух недель в составе комплексной терапии все пациенты получали амлодипин в дозе 10 мг/сут. однократно. Затем больные были рандомизированы на 2 группы. 1-я группа (14 больных) принимала коронель в дозе 20 мг 2 раза/сут., 2-я группа (14 больных) — амлодипин в дозе 10 мг/сут. Длительность наблюдения — 1 мес. Методы оценки эффективности: клиническая картина по частоте и интенсивности болевого синдрома, динамика ЭКГ в покое и при физической нагрузке, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Полученные результаты: к концу 2-ой недели лечения амлодипином отмечено недостоверное снижение частоты приступов стенокардии на 13% (P› 0,05), 4-ой недели — на 29% (P›0,05). В первой группе больных уменьшение числа приступов стенокардии наблюдалось на 35% и 53% через 2 и 4 недели соответственно (P‹ 0,05). По данным суточного мониторирования ЭКГ наблюдалось снижение эпизодов ишемии к концу 4-ой недели применения коронеля на 34% (P‹ 0,05), а в группе амлодипина на 19% (P‹ 0,05). Выводы: коронель (фирма-производитель ООО «ПИК-ФАРМА», Москва) в дозе 20 мг 2 раза в сутки приводит у больных ИБС со стенокардией III-IV ФК к существенному уменьшению числа приступов стенокардии и эпизодов ишемии миокарда по сравнению с амлодипином в дозе 10 мг/сут.

0452

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Макарова М.И., Ежов А.В., Обухова Е. В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава», г. Ижевск, Россия

Цель исследования. Возможным этиологическим фактором в патогенезе атеросклероза являются аутоим-

мунные реакции к нативным ЛПНП. Степень их выраженности влияет на состояние липидного обмена, в том числе на уровень КА. Нами получены данные о достоверно более высоком уровне аутоантител к нативным ЛПНП у больных с уровнем КА<3,5 по сравнению со здоровыми лицами. У больных с КА≥3,5 по сравнению со здоровыми подобные различия отсутствовали. Полученные данные позволили предположить, что у больных с КА<3,5 аутоиммунные реакции находятся в стадии обострения и способствуют прогрессированию атеросклероза. Для подтверждения этой гипотезы изучены клинические проявления, ЭКГ покоя, результаты холтеровского мониторирования ЭКГ и ЭХО-КГ у пожилых больных ИБС со стабильным течением стенокардии в зависимости от уровня КА.

Методы исследования. проведено комплексное обследование 132 больных ИБС пожилого возраста. Больные включались в исследование методом случайного отбора. Согласно значению КА было сформировано две группы наблюдения: I группа — 80 человек с низким КА (КА<3,5), II группа — 52 человека с высоким КА (КА≥3,5).

Полученные результаты. Сравнительная оценка клинических параметров (давность возникновения ИБС, функциональный класс стенокардии, клиническая характеристика синдрома стенокардии, суточная потребность в короткодействующих нитратах, преодолеваемая дистанция в тесте с 6-минутной ходьбой) у больных с КА<3,5 и с КА≥3,5 достоверных различий не выявила.

Сопоставление показателей ЭКГ покоя показало, что пациентов с КА<3,5, имеющих блокаду левой ножки пучка Гиса и ее ветвей было достоверно больше, чем пациентов с КА>3,5 с этим видом нарушения проводимости сердца. Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ выявили большее количество суправентрикулярных и желудоковых нарушений ритма сердца у больных с относительно низким КА, по сравнению с пациентами с высоким КА ($p<0,05$). Полученные результаты ассоциируются с обнаруженным при проведении эхокардиографии у пациентов ИБС с КА<3,5 более выраженным ремоделированием сердца, что проявилось большими систолическими размерами обоих предсердий и правого желудочка по сравнению с больными с КА>3,5. При этом минутный объем крови, фракция выброса и параметры диастолической дисфункции левого желудочка у пациентов ИБС с относительно низким и высоким КА достоверно не различались.

Выводы. Таким образом, выявлена обратная зависимость между значением КА и степенью выраженности ремоделирования сердца у больных ИБС пожилого возраста. Следовательно, можно предположить, что для больных с относительно низким КА по сравнению с пациентами, имеющими высокий КА, характерно усиление аутоиммунных реакций при отсутствии у них клинических признаков более тяжелого течения стенокардии.

0453

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Максимкин Д.А., Шугушев З.Х.

НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва; Кафедра сердечно-сосудистой хирургии ФПК МР РУДН, Москва; Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН, Москва

Цель: изучить отдаленные результаты вмешательства у больных с бифуркационными стенозами ствола левой коронарной артерии.

Материалы и методы: в исследование вошли 94 пациента. Все пациенты были рандомизированы на 2 группы. В I группу (n=51) вошли пациенты, которым стентирование было выполнено с помощью одностентовой техники «provisional T». Во II группу вошли пациенты (n=43), которым стентирование выполнялось с использованием двухстентовых методик: «culotte» (n=17), «crush» (n=16), «mini crush» (n=8), «DK-crush» (n=2). Финальный kissing выполнялся всем пациентам. Критерии включения в исследование: «истинный» бифуркационный стеноз ствола левой коронарной артерии по классификации A.Medina; стабильная стенокардия напряжения III-IV функционального класса. Показания к эндоваскулярному лечению планировались на консилиуме, с участием кардиохирурга, кардиолога и эндоваскулярного хирурга (Heard team). Всем больным стентирование бифуркаций коронарных артерий проводили только стентами с лекарственным покрытием. Первичные конечные точки: MACE (смерть, ИМ, повторные вмешательства), рестеноз и поздний тромбоз в стенте по данным цифровой ангиографии и ВСУЗИ.

Результаты: технический успех процедуры составил 100% во II группе пациентов и 88,3% в I группе ($p>0,05$). Госпитальная выживаемость также составила 100% в обеих группах. В обеих группах полностью отсутствовали MACE. У 6 (11,7%) пациентов I группы потребовалась выполнение двухстентовой методики, в связи с развитием клиники ишемии миокарда и отрицательной ишемической динамики на ЭКГ. Во всех случа-

ях бифуркационное стентирование выполнено по методике «revers culotte». Анализ интраоперационных осложнений позволил выявить факторы риска, которые способствовали переходу в «полное» бифуркационное стентирование ствола ЛКА. Наиболее значимыми среди них являются: угол отхождения огибающей артерии ‹ 700; длина поражения огибающей артерии › 5мм; кальциноз ветвей бифуркации. Отдаленные результаты прослежены у 70 пациентов, из них, 36 пациентов входили в I группу, а 34 пациента — во II группу. Период наблюдения составил от 1,5 до 3 лет, в среднем 25±1,6 месяцев. Выживаемость больных в обеих группах составила 100%. Нефатальный инфаркт миокарда развился в общей сложности у 2 (5,5%) пациентов из I группы и у 1 (2,9%) пациента из II группы (p›0,05). Рестеноз огибающей артерии составил 25% в I группе и 5,8% у пациентов из II группы (p‹0,001). Частота повторных вмешательств (TLR) составила 2,9% у пациентов из II группы и 13,8% у пациентов из I группы (p‹0,05). Частота рестеноза в передней нисходящей артерии составила 0%. В каждой группе диагностировано по 1 случаю позднего тромбоза стента (2,7 и 2,9% соответственно, p›0,05). Толерантность к физической нагрузке в обеих группах достоверно не различалась и составила в среднем 131,93±25,64 и 133,02±19,93Вт соответственно (p=0,0491). У пациентов из II группы наблюдалось достоверное увеличение глобальной сократимости миокарда, по сравнению с больными, у которых использовали стратегию «одного» стента (59,10±4,44 и 57,34±4,91% соответственно; p‹0,05).

Заключение: у больных с истинными бифуркационными стенозами ствола ЛКА предпочтение стоит отдавать двухстентовой стратегии эндоваскулярного, так как она отличается достоверно низкой частотой рестентоза в стентах бифуркации и частотой TLR, а также способствует достоверному увеличению глобальной сократимости миокарда.

0454

СВЯЗЬ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ С МАРКЕРАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЯМУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Малева О.В., Мамонтова А.С., Трубникова О.А., Груздева О.В., Барбараш О.Л.

ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Кемерово, Россия

Цель: Изучение связи показателей системной воспалительной реакции (СВР), маркеров церебрального повреждения и показателей когнитивных функций у пациентов в периоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Методы: Обследовано 40 пациентов (средний возраст 55,9±5,3 лет), перенесших КШ в условиях ИК. Длительность ИК составила 94,0±21,5 мин. Концентрации интерлейкинов (ИЛ) -1β, 6, 10, 12, маркеров церебрального повреждения (белок S-100, нейронспецифическая енолаза (NSE)) оценивались с помощью анализа ELISA (Bender MedSystems, Австрия). Исследование когнитивных показателей проводилось с помощью модифицированной автоматизированной методики «Status-PF» и включало оценку скорости сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР), уровня функциональной подвижности нервных процессов (УФП), силы нервных процессов (РГМ), а также количества совершенных ошибок (КО) при выполнении этих тестов. Все исследования проводились до операции, на 2-е, 7-10-е сутки после КШ. Для оценки связей между показателями цитокинового статуса, маркерами церебрального повреждения и нейродинамическими параметрами использовали коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты: До КШ выявлены разнонаправленные корреляции между концентрацией цитокинов и нейродинамическими показателями — ИЛ-1β и СЗМР КО (r= +0,69, p=0,001), ИЛ-1β и временем выполнения УФП (r= +0,54, p=0,003), ИЛ-12 и УФП КО (r= +0,78, p=0,001). На 2-е сутки после КШ обнаружены корреляции между ИЛ-1β и временем выполнения РГМ (r= +0,6, p=0,036), ИЛ-10 и временем выполнения УФП (r= -0,8, p=0,001); на 7-10-е сутки после КШ — ИЛ-1β и временем выполнения УФП (r= -0,7, p=0,0012), ИЛ-10 и временем выполнения УФП (r= -0,6, p=0,01), ИЛ-12 и УФП КО (r= +0,7, p=0,0012). Выявлены корреляции между концентрацией цитокинов и маркерами церебрального повреждения: до КШ — NSE и ИЛ-10 (r= -0,68, p=0,02), на 2-е сутки после КШ — NSE и ИЛ-10 (r= -0,507, p=0,04), ИЛ-1 (r= +0,5, p=0,04) и на 7-10-е сутки между NSE и ИЛ-12 (r= -0,59, p=0,04). Кроме того, до КШ и на 2-е сутки после операции получены корреляции между — S-100 и временем выполнения СЗМР (r=+0,4, p=0,04 и r=+0,57, p=0,01 соответственно), NSE и временем выполнения РГМ (r=+0,4, p=0,03 и r= +0,62, p=0,01 соответственно), а на 7-10-е сутки после КШ подобные корреляций оставались только на уровне тенденций.

Выводы: Существует связь между показателями цитокинового статуса, маркерами церебрального повреждения и нейродинамическими параметрами у пациентов в периоперационном периоде КШ. Как до, так и после КШ увеличение времени сенсомоторных реакций, количества ошибок при выполнении тестов ассоциируются с более высокими концентрациями провоспалительных и низкими противовоспалительного цитокина (ИЛ-10), а также более высокими концентрациями маркеров церебрального повреждения.

0455

ПРОФИБРОТИЧЕСКИЕ ЦИТОКИНЫ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Малев Э.Г.,[1] Реева С.В.,[1,2] Васина Л.В.,[1] Коршунова А.Л.,[1,2] Тимофеев Е.В.,[1,2] Земцовский Э.В.[1,2]

[1]ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия; [2]ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цитокины через активацию продукции ангиотензина II и стимуляцию синтеза коллагена кардиальными фибробластами могут играть существенную роль в ремоделировании левого желудочка (ЛЖ). Поскольку дисфункция ЛЖ занимает большое место в патогенезе пролапса митрального клапана (ПМК), мы исследовали влияние интерлейкинов (IL) и хемокинов на ремоделирование, систолическую и диастолическую функцию ЛЖ у молодых бессимптомных пациентов с ПМК.

Материалы и методы: в исследование было включено 78 пациентов с ПМК (19,7±1,6 лет; 72% юноши). Контрольную группу составили 80 здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. Всем обследованным проводилась эхокардиография (Vivid 7 Dim, GE) и суточное мониторирование АД (КТ-04, Инкарт). Деформация миокарда оценивались с помощью методики spackle tracking. Концентрацию IL-6, IL-10, IL-17, IL-18, интерферона-γ (ИФН-γ), фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и моноцитарного хемотактического протеина-1 (MCP-1) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты: сывороточные уровни IL-6 (21,9±7,9 и 6,7±1,8 пг/мл, p<0,0001), INF-γ (37,9±9,3 и 21,2±4,9 пг/мл, p<0,0001) и ФНО-γ (9,6±2,0 и 5,9 ± 0,8 пг/мл, p <0,0001) были значимо выше у пациентов с ПМК. Концентрации других IL достоверно не отличались. Индекс массы миокарда ЛЖ не был повышен в группе ПМК (84,4±14,4 против 83,5±15,9 г/м2, p=0,68), но в этой группе наблюдалась умеренная корреляция между содержанием MCP-1 и толщиной задней стенки ЛЖ (r=0,48, p=0,007). Глобальная продольная деформация ЛЖ была снижена у пациентов с ПМК (-15,5±2,9%) по сравнению с контрольной группой (-19,6±3,4%, p<0,0001), и сильные коррелировала с уровнем MCP-1 (r=0,73, p<0,0001) и IL-18 (r=0,76, p<0,0001). Также глобальная диастолическая скорость деформации (SRe) была снижена в группе ПМК (1,3±0,22 с-1 против 1,62±0,25 с-1, p=0,0001). По данным линейного регрессионного анализа на SRe существенное влияние оказывало содержание MCP-1 (p=0,0001) и IL-6 (p=0,001) в сыворотке крови.

Заключение: у молодых людей с ПМК увеличение содержания интерлейкинов и хемокинов в сыворотке крови может оказывать влияние на систолическую и диастолическую функцию ЛЖ, вероятно из-за их профибротических активности.

0456

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ОСЛОЖНЕННОМ ТЯЖЕЛОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Малев Э.Г., Ким Г.И., Митрофанова Л. Б., Омельченко М.Ю., Земцовский Э.В.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Предоперационная систолическая функция левого желудочка (ЛЖ) является важным прогностическим фактором у пациентов, которым планируется пластика или протезирование митрального клапана (МК). Деформация и скорость деформации (СД) миокарда позволяет выявлять субклиническую дисфункцию ЛЖ у больных с тяжелой митральной недостаточностью и коррелирует с сократительным резервом ЛЖ. Целью дан-

ного исследования стало — оценить систолическую функцию ЛЖ у пациентов с ПМК в зависимости от выраженности морфологических изменений митрального клапана (миксоматоз или фиброэластиновая недостаточность).

Материалы и методы: в исследование было включено 233 пациента (средний возраст 53,8±12,9 лет), которым была выполнена пластика или протезирование МК по поводу тяжелой МР вследствие ПМК в Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова в период с 2009 по 2011 годы. Оценивались данные морфологического исследования резецированных сегментов МК. Продольная деформация и СД были определялась по двухмерным серошкальным изображениям (рабочая станция EchoPAC'08).

Результаты: по данным морфологического исследования у 60 пациентов (25,8%) был выявлен миксоматоз створок, у 173 пациентов (74,2%) — фиброэластиновая недостаточность. При дооперационном эхокардиографическом исследовании достоверных различий между группами по объему предоперационной МР (65,9±6,1 мл против 62,3±5,7 мл), систолической (фракция выброса по Симпсону: 52,7±6,6% против 52,0±7,4%, p=0,53) и диастолической (E/e': 12,2±3,9 против 12,8±4,2, p=0,35) функций ЛЖ не было. Конечно-систолический объем был ниже в группе пациентов с миксоматозом створок МК (37,5±7,1 мл против 42,1±7,3 мл, p=0,01). Несмотря на отсутствие разницы во фракции выброса, у пациентов с миксоматозом створок было выявлено существенное снижение продольной систолической (-13.5±2.2% против -16.6±2.3%, p=0.008) и диастолической (1.14±0.20 с-1 против 1.34±0.18 с-1, p=0.04) деформации и СД (-0.89±0.15 с-1 против -1.14±0.15 с-1, p=0.002) по сравнению с пациентами с ФЭН.

При линейном регрессионном анализе было выявлено влияние пола (p=0,006), максимальной глубины пролабирования створок (p=0,01), наличия миксоматоза (p=0,001) и фиброза (p=0,01) створок МК на величины продольной и радиальной деформации миокарда ЛЖ.

Заключение: пациенты с выраженным миксоматозом МК имеют худшую предоперационный контрактильный резерв по сравнению с пациентами с ФЭН, что может сказаться на выживаемости в отдаленном послеоперационном периоде. Данное снижение может быть обусловлено нарушением строения не только эндокардиального, но и интрамиокардиального внеклеточного матрикса при выраженном миксоматозе створок МК.

0457

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ — ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Малиничева Ю.В., Саморукова Е.И., Задионченко В.С., Ли В.В., Синкин М.В.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель: оценить роль метаболических нарушений и системного воспаления у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) как факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы исследования: Нами обследовано 80 пациентов с ХОБЛ II-IV стадии (GOLD, 2013) на фоне базисной терапии в период ремиссии без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета. Средний возраст больных составил 64,1±7,64 лет. Исследовались критерии углеводного, пуринового обменов, толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий (СА), липидный спектр крови, а также маркер воспаления — высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ). Проводилась суточная пульсоксиметрия. Изучались антропометрические данные, проводилась оценка композиционного состава тела по стандартным зонам по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Полученные результаты: При измерении антропометрических данных у наших больных абдоминальное ожирение (ОТ › 94 см) было выявлено у 60,5% больных. При оценке индекса массы тела (ИМТ) установлено, что недостаток массы тела наблюдался у 6,8% больных ХОБЛ, а избыток веса — у 52,2%. При исследовании углеводного обмена гипергликемия была выявлена у 21,7% больных, с формированием инсулинорезистентности (ИР) у 10,9% больных ХОБЛ. Гиперурикемия встречалась у 24% больных. Наличие дислипидемии было выявлено у 74,4% больных. Выявлена прямая зависимость уровня индекса HOMA-IR, объема талии ($r = 0,572$; $p < 0,0001$), объема шеи ($r = 0,521$; $p < 0,0001$) и ИМТ ($r = 0,607$; $p < 0,0001$). При проведении суточной пульсоксиметрии нашим пациентам выявлено, что среднее значение максимальной, минимальной и средней сатурации составило 98,6%, 68,9% и 93,1% соответственно. Отмечено влияние уровня суточной сатурации на значение индекса ИР: выявлена обратная зависимость уровня ИР от степени суточной сатурации ($r = — 0,409$ p< 0,0001). Отмечена прямая зависимость тощей массы тела от объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($r = 0,52$; $p < 0,0001$). Выявлена обратная зависимость тощей массы тела ($r = — 0,447$; $p < 0,0001$) и плотности

костной ткани (r = — 0,529 p ‹ 0,0001) от уровня СРБ, как одно из проявлений системных эффектов у больных ХОБЛ. У всех больных отмечался повышенный уровень СРБ (0,89 — 9,52 мг/л). В группе больных ХОБЛ со средним значением СРБ 2,2 мг/л наличие атеросклеротических бляшек СА было выявлено в 83,8 % случаев. А в группе с более высоким уровнем СРБ (среднее значение 8,2 мг/л) атеросклеротические бляшки СА были диагностированы в 100% случаев. Отмечена прямая зависимость ТКИМ от уровня СРБ и индекса «пачка/лет».

Выводы: Формирование метаболического синдрома (МС) у больных ХОБЛ в нашем исследовании было выявлено в 48,8% случаев. Известно, что наличие у больного ХОБЛ в сочетании с МС повышает риск развития кардиоваскулярной патологии. На формирование у больных ХОБЛ инсулинорезистентности влияют не только абдоминальное ожирение, но и состояние хронической гипоксии. В механизмах атерогенеза у больных ХОБЛ важную роль играют процессы сосудистого повреждения, инициированного системным воспалением.

0458

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ВНЕСЕРДЕЧНОЙ ХИРУРГИИ

Малкова М.И., Булашова О.В., Хазова Е.В.

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань)

Повышение удельного веса представителей старших возрастов среди населения — объективный процесс, наблюдающийся во всех странах. Данное обстоятельство приводит к увеличению шансов у лиц пожилого и старческого возраста подвергнуться хирургическому лечению по поводу какого-либо заболевания. Нагрузочный тест перед некардиальным хирургическим вмешательством обеспечивает объективную информацию о функциональных возможностях больного. При неспособности выполнения нагрузочных проб может быть использовано определение функционального резерва по объему переносимой физической нагрузки в повседневной жизни методом опроса.

Цель. Изучить функциональный резерв больных с различным риском кардиальных осложнений перед внесердечным хирургическим вмешательством.

Материал и методы. Объектом исследования были 274 пациента (46 мужчины и 228 женщин) с острым холециститом (ОХ) и кардиальной патологией, с показаниями к операции. Средний возраст составил 66,5±10,9 года. Перед операцией определяли степень кардиального риска по индексу T.H. Lee и оценивали функциональный резерв (ФР) с помощью метаболического эквивалента (МЕТ), по методу M.A.Hlatky (1989) и G.F. Fletcher (2001). Обработка данных проводилась с использованием пакета программ SPSS v.13. Оценка прогностической значимости была проведена с применением метода бинарной логистической регрессии. Качественные показатели анализировались с применением критерия χ^2 и точного критерия Фишера. Для всех видов анализа отличия показателей считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Все больные, включённые в исследование, имели ту или иную кардиальную патологию. Артериальная гипертензия (АГ) наблюдалась у 65% пациентов, сочетание АГ и ишемической болезни сердца (ИБС) — 22,6%, постинфарктный кардиосклероз — 6,7%, сахарный диабет — 12,7%, цереброваскулярная болезнь — у 17,4%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — у 80,7%, преимущественно I и II ФК ХСН (12,8% и 56,9%). Предоперационная оценка кардиального риска показала, что большинство пациентов ОХ имели низкий и средний риск (44% и 26%). Больных высокого и очень низкого риска было 12% и 18%. Функциональный резерв в группе очень низкого кардиального риска в 38% случаев был хороший (› 4 МЕТ), в 62% — умеренный (4 МЕТ). В группе низкого риска в 30% случаев ФР хороший, 63% — умеренный, 7% — сниженный (‹ 4 МЕТ); в группе среднего риска в 57% случаев — умеренный, в 43% — сниженный. У 57% пациентов с высоким кардиальным риском выявлена сниженная степень повседневной физической активности, у 43% — умеренная.

Определена взаимосвязь риска развития сердечно-сосудистых осложнений и показателя функционального резерва пациентов перед предстоящим хирургическим вмешательством (Pearson Chi-square: 71,863, df=9, p‹0,0001). Путем бинарного логистического регрессионного анализа было выявлено, что сниженный функциональный резерв является фактором, оказывающим неблагоприятное влияние на прогноз в течение 30 дней после операции по поводу острого холецистита (b=3,64, Wald=3,297, p=0,009).

0459

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО РИСКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМБИНАЦИЕЙ ЭНАЛАПРИЛА С АМЛОДИПИНОМ

Малышева Е.В., Маянская С.Д., Абдрахманова А.И.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань

Цель: изучение динамики показателей качества жизни у больных с артериальной гипертензией высокого дополнительного риска, которым проводилось лечение комбинацией эналаприла с амлодипином.

Методы исследования: Под наблюдением находилось 26 больных с артериальной гипертензией высокого дополнительного риска, которым проводилось лечение комбинацией эналаприла с амлодипином в дозе 20/10 мг в сутки. Динамика качество жизни изучалась с помощью опросника SF-36 через 3 месяца после начала лечения.

Полученные результаты: Добавление к эналаприлу амлодипина привело к изменению соотношения показателей отдельных шкал опросника SF-36 у пациентов с артериальной гипертензией высокого дополнительного риска. Результаты сопоставления соответствующих параметров шкал до и после лечения больных по шкале PF показали увеличение с 48,1±2,4 до 53,2±3,7 баллов (+10,6%, $p<0,05$); по шкале RP — с 45,3±2,8 до 50,7±2,8 баллов (+11,9%, $p<0,05$); по шкале BP — с 66,4±5,1 до 70,8±2,8 баллов (+6,6%, $p>0,05$); по шкале GH — с 45,0±1,8 до 52,3±4,2 баллов (+16,2%, $p<0,01$); по шкале VT — с 54,2±2,9 до 63,2±3,3 баллов (+16,6%, $p<0,01$); по шкале SF — с 55,4±3,7 до 63,4±3,1 баллов (+14,4%, $p<0,05$); по шкале RE — с 47,0±2,5 до 54,1±3,2 баллов (+15,1%, $p<0,01$); по шкале MH — с 48,5±2,0 до 53,8±2,4 баллов (+10,9%, $p<0,05$).

Выводы: Таким образом, комбинация эналаприла с амлодипином через 3 месяца после начала лечения существенно повышала параметры качества жизни у больных с артериальной гипертензией высокого дополнительного риска в большей степени за счет улучшения общего состояния здоровья, коррекции эмоционального состояния, а также повышения социальной и физической активности, положительно влияющих на жизнеспособность пациентов.

0460

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРТЕНИЛА (РОЗУВАСТАТИНА) У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА С ИБС И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Мальков К.Л.

ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер», г. Курган, Россия

Мертенил (розувастатин) — генерический гиполипидемический препарат фирмы «Гедеон Рихтер» (Венгрия), относится к классу статинов, снижающий синтез холестерина в печени. Целью лечебного вмешательства является снижение у пациентов уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и повышение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛНВП). Изменяя уровень ЛПНП и ЛПВП, мы влияем на течение болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Целью наблюдения была оценка эффективности и безопасности 8-ми недельной терапии у пациентов с гиперлипидемией II типа.

Материалы и методы: Наблюдение проведено простым открытым методом на базе поликлиники кардиодиспансера. В группу наблюдения были включены 47 пациентов (мужчины и женщины) с ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, а также пациенты после операции аортокоронарного шунтирования в возрасте 40-65 лет с первичной гиперхолестеринемией; с уровнем общего холестерина сыворотки >5,5 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности >4,0 ммоль/л, триглицеридов <4,5 ммоль/л.

Наблюдение началось с 4-х недель «чистого фона» на фоне гипохолестериновой диеты. При сохранении повышенного уровня холестерина назначался мертенил по 10 мг один раз в сутки утром независимо от при-

ема пищи. При этом не отменялась базисная терапия ишемической болезни сердца. Лечение проводилось в течение 8-ми недель на фоне гипохолестериновой диеты. Забор крови с целью исследования липидного спектра и функциональных проб печени и почек проводился до начала лечения и по истечении каждого месяца лечения. Также проводился 3-х кратный осмотр, включавший контроль самочувствия, физическое обследование, проведение ЭКГ.

Результаты: На фоне 8-ми недельной терапии мертенилом в дозе 10 мг у 90% больных отмечена положительная динамика уровней общего холестерина, холестерин- липопротеидов низкой плотности, триглицеридов. У 10% пациентов доза была через 1 месяц лечения увеличена до 20 мг в сутки, и тогда достигнут положительный результат.

Уровень общего холестерина (ОХ) снизился на 32%, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) — на 48%, триглицеридов — на 25%, уровень холестерина липопротеинов высокой плотности повысился на 9%. Изменений уровней печеночных трансаминаз, креатинфосфокиназы не зарегистрировано, не было также отмечено и других возможных побочных эффектов.

Выводы: Таким образом, выявлена отличная переносимость мертенила в дозе 10 мг в сутки у пациентов с гиперлипидемией II типа. Отмечена выраженная гиполипидемическая эффективность препарата с достижением целевого уровня холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) (‹ 2,5 ммоль/л) в 100% случаев, что открывает возможность длительного и безопасного применения препарата для коррекции липидного спектра крови с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

0461

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КАЛЬЦИФИКАЦИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Малюта Е.Б., Коков А.Н., Воронкина А.В., Масенко В.Л., Раскина Т.А., Барбараш О.Л.

МБУЗ ГКБ № 3, НИИ КПССЗ СО РАМН, ГБОУ ВПО КемГМА МЗ и СР РФ, Кемерово, Россия

Цель: изучить взаимосвязь между показателями минеральной плотности костной ткани (МПКТ), кальцификацией коронарных артерий и коронарным атеросклерозом у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследовано 74 мужчины с документированной ИБС. Оценивались МПКТ методом двухэнергетической абсорбциометрии (денситометр Excell XR-46, Norland, США) с определением Т-критерия в проксимальном отделе бедренной кости и поясничном отделе позвоночника. Всем больным проводилась рентгеноконтрастная селективная коронарография (ангиографическая установка фирмы «Innova», США), количественная оценка кальциноза коронарных артерий методом мультиспиральной компьютерной томографии. Гемодинамически значимым считалось сужение артерии, составляющее более 50% ее диаметра. Кальциевый индекс сосудов оценивался по методу Agaston. В зависимости от значений Т-критерия пациенты были разделены на 2 группы: I — с остеопеническим синдромом, включающим в себя непосредственно остеопороз и субклиническое состояние «остеопению» (53 пациента), возраст 59 (52;68) лет; II — с нормальной МПКТ (21 пациент), возраст 58 (54;66) лет.

Результаты: Трехсосудистое поражение определялось у 24 больных в I и 4 больных во II группе, что составило 45,3% и 19% соответственно (p=0,041). Однососудистое поражение достоверно реже регистрировалось у больных с остеопеническим синдромом (11,3%), чем у больных с нормальной МПКТ (38,1%, p=0,023). Стенозы трех коронарных артерий, включая поражение ствола левой коронарной артерии, выявлялись в I группе у 67,3% пациентов, во II группе у 35% (p=0,029). Значения суммарного кальциевого индекса составили 481,2 (144,4;984), и 152,8 (0;490) соответственно в I и II группах, p=0,012. Показатели кальциевого индекса достоверно коррелировали с числом пораженных сосудов (r=0,31; p=0,009). Определена отрицательная корреляция слабой силы между показателем Т-критерия шейки бедра и числом пораженных артерий (r=-0,29; p=0,014), между МПКТ в проксимальном отделе бедренной кости и числом пораженных артерий (r=-0,26; p=0,029).

Выводы: Снижение минеральной плотности костной ткани у мужчин коррелирует с коронарным кальцинозом и тяжелым поражением коронарного русла. Данные настоящего исследования позволяют рассматривать остеопенический синдром, атеросклеротическое поражение и кальцификацию коронарных артерий как взаимосвязанные патологические процессы.

0462

НОЧНАЯ ГИПОКСЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Малявин А.Г., Батурова В.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

В настоящее время принято считать, что гипоксемия, которая часто сопровождает хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) среднетяжелого и тяжелого — III и IV стадий по классификации GOLD — течения, является патогенетическим звеном атерогенеза. Вместе с тем, у отдельных пациентов со стабильной ХОБЛ гипоксемия возникает или усугубляется в ночное время, приводя к десатурационному ночному пульсоксиметрическому паттерну. Целью нашего исследования являлось определение распространенности кардиоваскулярной патологии в группе пациентов с ХОБЛ с персистирующей ночной гипоксемией.

Мы изучили первичную медицинскую документацию 62 пациентов (средний возраст, годы = 66.6±8.6) с ХОБЛ вне обострения на предмет наличия сопутствующей кардиоваскулярной патологии, в первую очередь, постинфарктного кардиосклероза (ПИКС, n=9), перенесенного ОНМК по ишемическому типу (n=3), облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (ОААНК, n=15). Далее мы провели ночной пульсоксиметрический скрининг у всех пациентов. Лиц с персистирующей ночной десатурацией с TSpO2≤88% ›5 минут мы определили как десатураторов (n=32); лица с устойчивым значением ночной сатурации были обозначены как не-десатураторы (n=30). Всем пациентам были выполнены спирография и дневной анализ газового состава артериальной крови, а также определение уровня общего холестерина.

Группа пациентов-десатураторов (n=32) отличалась более выраженными вентиляционными нарушениями по сравнению с не-десатураторами (n=30) (ОФВ1, % = 23.4±7.9 vs. 33.9±17.4; ОФВ1/ФЖЕЛ = 0.38±0.14 vs. 0.52±0.21, p<0.05). В дневном газовом составе артериальной крови у десатураторов была обнаружена более выраженная гипоксемия (pO2, мм рт.ст. = 60.5±20.9 vs. 74.9±15.6, p<0.05), а в биохимическом анализе крови отмечался достоверно более высокий уровень общего холестерина (ммоль/л, 6.3±1.1 vs. 5.3±1.6, p<0.05) по сравнению с не-десатураторами. Распределение сопутствующей кардиоваскулярной патологии по группам пациентов-десатураторов и не-десатураторов оказалось следующим: ПИКС в группе десатураторов имелся у 5 из 9 пациентов (15.6% vs. 13.3%), перенесенное ОНМК по ишемическому типу — у 3 из 3 пациентов (9.4% vs. 0%), ОААНК — у 11 из 15 пациентов (34.4% vs. 13.3%).

В группе пациентов-десатураторов с ХОБЛ отмечается более высокая распространенность сопутствующей кардиоваскулярной патологии, а также более выраженные вентиляционные нарушения, имеющие прямую корреляцию с риском возникновения сердечно-сосудистых событий, и более выраженная дневная гипоксемия по сравнению с не-десатураторами. Ограничениями нашего исследования являются малая мощность выборки и поперечный дизайн, не позволяющие оценить влияние гипоксемии на относительный риск смертности от сердечно-сосудистых событий и течение кардиоваскулярной патологии под воздействием терапии, нацеленной на коррекцию ночной гипоксемии, что должно стать направлением будущих исследований.

0463

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ АБСАНС ЭПИЛЕПСИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЦА

Мамалыга М.Л.

Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Неврологические нарушения, возникающие при разных формах эпилепсии, не ограничиваются мозгом. Часто они вызывают вегето-висцеральные дисфункции, нарушая, в том числе, регуляцию сердечно-сосудистой системы. Более того, вегетативный дисбаланс регуляции функций сердца является одной из основных причин внезапной смерти при эпилепсии. Хотя причинно-следственная связь между мозгом и сердцем стала давно очевидным фактом, однако взаимообусловленность церебральных и кардиальных нарушений при эпилепсии и, особенно при ее лечении, до настоящего времени остается недостаточно изученной.

Цель исследования. Изучить особенности регуляции сердечного ритма и стресс-индуцированный порог возникновения коронарной ишемии у крыс линии WAG/Rij до и после лечения абсанс эпилепсии ламотриджином и конвулексом.

Методы исследования. Эксперименты проведены на крысах-самцах линии WAG/Rij с генетически детерминированной абсанс эпилепсией. Запись видео-ЭКГ-ЭЭГ проводили у свободно перемещающихся животных в режиме online с помощью беспроводной телеметрической системы фирмы ADInstruments (Австралия), позволяющей проводить многодневную запись без малейшего беспокойства животных. Ультразвуковое исследование сердца проводили с помощью эхокардиографа Mindray M5, датчик 10 МГц (фирма Mindray, Китай). Для объективной оценки функциональных возможностей миокарда использовали общепринятый стресс-ЭхоКГ тест с добутамином. Статистический анализ проводили при помощи компьютерной программы «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждние. При исследовании противосудорожных препаратов было установлено, что некоторые из них нарушают механизмы вегетативной регуляции сердца, что может быть причиной возникновения жизнеугрожающих аритмий [Sevcencu C. et al., 2010; Lotufo P.A. et al., 2012]. Результаты наших исследований показали, что в состоянии покоя у крыс линии WAG/Rij, получавших противосудорожные препараты (ламотриджин и конвулекс), не возникает выраженных изменений вегетативной регуляции функций сердца. Мониторинг состояния сердца при нарастающей стресс-индуцированной нагрузке позволил оценить его функциональные возможности после лечения абсанс эпилепсии противосудорожными препаратами разного типа действия. Функциональная нагрузка на фоне лечения ламотриджином и конвулексом по-разному влияет на динамику изменения вариабельности сердечного ритма (ВСР), гемодинамические показатели сердца и потенциальные возможности возникновения жизнеугрожающих аритмий. Уменьшение гемодинамических показателей сердца, а также ишемические изменения миокарда, после лечения конвулексом возникают при меньшей функциональной нагрузке на фоне более выраженного снижения парасимпатического тонуса и ВСР, чем после лечения ламотриджином. Это дает основание полагать, что сердце животных, получавших конвулекс, имеет меньшие функциональные возможности, поэтому его декомпенсация и донозологическое состояние при стресс-индуцированной нагрузке возникают раньше.

0464

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Манасян А.Г., Липунова А.С., Ермолов С.Ю.,Сердюков С.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Печень занимает существенное место в поддержании гомеостаза организма человека, однако функциональное состояние самой печени во многом зависит от особенностей кровотока на уровне синусоидов печени определяемого состоянием эндотелия и насосной функции сердца. Следовательно, актуальным является изучения состояния эндотелия и внутрипечёночной гемодинамики и у больных с сердечно-сосудистой патологией.

Целью нашего исследования было изучение состояния внутрипечёночной гемодинамики и эндотелийзависимойвазодилятации(ЭЗВД) у больных ишемической болезнью сердца и эссенциальной артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 90 человек, из которых были сформированы три группы: I группа — больные с ишемической болезнью сердца атеросклеротически измененными коронарными артериями (n = 30), средний возраст — 62 ± 12 лет; II группа — больные с эссенциальной артериальной гипертензией (n = 30), средний возраст — 59 ± 12 лет. III — группа контроля в которую вошли практически здоровые лица (n = 30), средний возраст — 31 ± 10 лет. Пациенты данных групп сопоставимы по полу. Диагноз ИБС и эссенциальной артериальной гипертензии верифицирован на основании общепринятых в кардиологии клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Критериями исключения в исследование явились: сахарный диабет, ожирение, курение, заболевания печени в анамнезе, хроническое злоупотребление алкоголем (согласно опроснику CAGE). Внутрипеченочная гемодинамика оценивалась с помощью метода — полигепатографии, позволяющего получить данные о соотношении (балансе) притока (артериального и венозного) и оттока в синусоидах печени. Оценку результатов проводили в процентном соотношении. Эндотелийзависимаявазодилатация, оценивалась неинвазивным методом с помощью пробы с реактивной гиперемией (аппарат Endo-PAT 2000).

Полученные результаты. У больных с ИБС в 73,3% случаев (n = 22) нарушение внутрипеченочной гемодинамики характеризовалось затруднением артерио-венозного притока. В группе пациентов с эссенциальной артери-

альной гипертензией в 60 % случаев (n = 18) было выявлено нарушение венозного оттока в синусоидах печени. Нарушение ЭЗВД было выявлено у пациентов с ишемической болезнью сердца и эссенциальной артериальной гипертензией. В контрольной группе нарушений внутрипеченочной гемодинамики и ЭЗВДне отмечено.

Выводы. Полученные результаты исследований свидетельствую о специфичности нарушений внутрипечёночной гемодинамики у пациентов с ишемической болезнью сердца и эссенциальной артериальной гипертензией и должны учитываться при проведении медикаментозной терапии данной категории больных.

0465

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНГИОПЛАСТИКИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДВУХ И БОЛЕЕ СТЕНТОВ, УЧИТЫВАЯ ВРЕМЕННОЙ ИНТЕРВАЛ ИХ ИМПЛАНТАЦИИ

Маргарян К.Р., Зелвеян П.А. «Центр превентивной кардиологии», Ереван, Армения

Цель исследования: оценка частоты возникновения тромбоза и рестеноза при имплантации двух и более стентов при лечении многососудистых или многосегментных поражений коронарных артерий, в зависимости от временного интервала их имплантации, в группах больных, подвергнутых ангиопластике с использованием только стентов с лекарственным покрытием, только стентов без лекарственного покрытия и с одновременным использованием стентов обоих видов.

Методы исследования: проведено ретроспективное исследование данных 210 больных с многососудистыми или многосегментными поражениями коронарных сосудов, поступивших в медицинский центр «Норк-Мараш» за период с января 2007 г. по январь 2010 г и подвергших лечению путем имплантации двух и более стентов. При изучении данных особое внимание было уделено технике имплантации стентов, типам сужений коронарных артерии, общим параметрам имплантированных стентов (видам, длине, диаметру), а также временному интервалу имплантации стентов. Исходя из временного интервала имплантации стентов больные были разделены на 3 подгруппы: 1) больные, у которых имплантация двух и более стентов была проведена одномоментно (n=121); 2) больные, у которых имплантация стентов была проведена в течение одного дня (n=50) и 3) больные, у которых интервал имплантации стентов не превысил срок 6-и месяцев (n=39). Больные находились под наблюдением в течение трех лет.

Результаты исследования: тромбоз был зарегистрирован всего в 7 случаях, из которых 6 случаев (5%) в первой подгруппе больных с одномоментной имплантацией стентов, и один случай в 3-й подгруппе (2.6%). По показателям тромбоза существенной разницы между подгруппамы не было. Было зарегистрировано 39 случаев рестеноза, из которых 26 случаев (21.5%) в первой подгруппе, 3 случая (6%) во 2-й и 10 случаев (25.6%) в 3-й подгруппах. По показателям рестеноза разница между первой и третьей группой 4.2% (95%, CI 10.6%-22.3%) была не существенна, однако по сравнению с третьей группой во второй группе были достоверно лучшие показатели относительно рестеноза 19.6% (95% CI 2.96%-37.1%). Во второй группе были достоверно лучшие результаты также при сравнении с 1-й группой — 15.5% (95%, CI 2.13%-25.2%).

Выводы: при имплантации двух и более стентов для лечения многососудистых или многосегментных поражении коронарных сосудов более предпочтителен интервал интервенции, не превышающий 1 день. Именно в этой группе наблюдались достоверно лучшие результаты интервенции по сравнению с группой больных у которых интервал имплантации превышал один день, а также у тех, у кого была проведена одномоментная имплантация двух и более стентов.

0466

СРАВНЕНИЕ ФАРМАКО-ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА И ПЕРВИЧНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМС ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Марков В.А., *Вышлов Е.В., Севастьянова Д.С., Маркова Я.В.

ГБОУ ВПО СибГМУ, Томск; *ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

Цель. Сравнить эффективность и безопасность фармако-инвазивной стратегии реперфузии коронарной артерии (ФИС) и первичной ангиопластики в лечении больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. В исследование включены больные с ОКС с подъемом сегмента ST в первые 6 часов заболевания (n=406). На догоспитальном этапе они были рандомизированы на 2 группы: больным 1-й группы (n=204) на ДГЭ проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ), затем в условиях стационара выполнялась коронарная ангиография и стентирование инфаркт-связанной коронарной артерии (в случае отсутствия косвенных критериев реперфузии миокарда через 90 минут после ТЛТ — в экстренном порядке, при появлении признаков реперфузии миокарда — через 3-24 часа после ТЛТ); больным 2-й группы (n=202) выполнялась экстренное чрезкожное вмешательство (ЧКВ) — первичная ангиопластика. Анализировались основные клинико-анамнестические показатели: время от начала болевого синдрома до баллонной дилатации или до введения тромболитика, время от введения тромболитика до баллонной дилатации в случае неэффективного тромболизиса в группе ФИС, время от начала болевого синдрома до восстановления коронарного кровотока (время ишемии), время от первого медицинского контакта до баллонной дилатации, фракция выброса по данным эхокардиографии, частота геморрагических осложнений в соответствии с классификацией группы TIMI, госпитальная летальность, частота развития инсульта, рецидива инфаркта миокарда (ре-ИМ), рецидива ишемии (ре-ишемии). Рассчитывались комбинированные конечные точки (смерть + ре-ИМ + инсульт + ре-ишемия; смерть + ре-ИМ + инсульт). Результаты обработаны при помощи статистического пакета STATISTICA.

Результаты: По основным клинико-анамнестическим показателям группы статистически не различались. Время ишемии в группе ФИС оказалось на 56 минут меньше, чем в группе первичного ЧКВ: 219,6±79 против 275±184 минут (p=0,003). Фракция выброса левого желудочка осталась более высокой в группе фармако-инвазивной стратегии: 60,0±14,9% против 55,6±12,3% в группе первичной ангиопластики (p=0,02). По госпитальной летальности, частоте развития инсультов, ре-ИМ, ре-ишемии, по частоте геморрагических осложнений группы не различались. При анализе комбинированных конечных точек группы статистически не различались.

Выводы:

1.При применении фармако-инвазивной стратегии восстановление перфузии коронарной достигалось почти на час раньше, чем в группе первичного ЧКВ, что позволило сохранить жизнеспособным миокард.

2. Эффективность фармако-инвазивной реваскуляризации при применении догоспитального тромболизиса не ниже, чем при первичной ангиопластике.

0467

ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Марсальская О.А.,[1] Шумай Д.В.,[1] Никифоров В.С.[2]

[1]НУЗ «Дорожная клиническая поликлиника ОАО «РЖД»; [2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования было изучить показатели систолической и диастолической функции миокарда у работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. В исследование было включено 43 пациента трудоспособного возраста (мужчины 20-59 лет, женщины 20-54 года). Все обследованные были разделены на 2 группы: первую группу (n=24, средний возраст 44±8,6 лет) составили работники железнодорожного транспорта с АГ 1 и 2 степени (гипертоническая болезнь 1 и 2 стадии). Вторая группа — это работники железнодорожного транспорта с наличием факторов риска, не имеющие АГ (n=19, средний возраст 40,2±7,2 лет), учитывались пациенты, имеющие хотя бы один фактор риска (отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, статус курения, величина АД, повышение общего холестерина, ожирение, наличие депрессии по шкале Бека). В контрольную группу вошли 15 практически здоровых добровольцев в возрасте 28,8±10,4 лет. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась на аппарате Philips iE 33 и включала двухмерную, импульсно-волновую, цветовую допплеровскую ЭхоКГ, импульсно-волновую тканевую допплерографию (ТД) на уровне фиброзного кольца митрального клапана с синхронным отведением ЭКГ, а также постобработку тканевого допплеровского изображения миокарда. С помощью ТД оценивали скоростные показатели движения фиброзного кольца митрального клапана (Sm, Em,Am, Em/Am, E/Em) из 6 точек: задне-перегородочной и боковой, нижней и передней, задней и передне-перегородочной областей левого желудочка (ЛЖ).

Результаты. У пациентов с АГ выявлены следующие типы ремоделирования ЛЖ: концентрическое ремоделирование — 15,79%, концентрическая гипертрофия — 26,6%, эксцентрическая гипертрофия — 9,76%, тогда

как во 2-ой и контрольной группах гипертрофии ЛЖ выявлено не было. В 1-ой группе отмечено снижение систолической скорости движения фиброзного кольца митрального клапана (Sm) на фоне нормальных значений фракции выброса ЛЖ. Кроме того, у этих пациентов наряду с более высокими, чем в других группах, уровнями систолического и диастолического АД, индексами относительной толщины стенки и массы миокарда ЛЖ, наблюдались достоверно более высокие значения КДО и КСО ($p<0,05$). При этом в обеих основных группах, по сравнению с контролем, имело место нарушение диастолической функции, как по показателям трансмитрального потока, так и по показателям скоростей движения фиброзного кольца митрального клапана.

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о неблагоприятном влиянии АГ у работников железнодорожного транспорта не только на ремоделирование миокарда и диастолическую, но и систолическую функцию. Ранние маркеры дисфункции миокарда в виде диастолических нарушений появляются у лиц без АГ, но с другими факторами сердечно-сосудистого риска, что может быть важно для оптимизации профилактических мероприятий.

0468

ЛЮБЕРЕЦКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ (ЛИС-2). ДИЗАЙН И ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

С.Ю. Марцевич, М.Л. Гинзбург, Н.П. Кутишенко, Л.Ю. Дроздова, А.В. Акимова, А.Ю. Суворов, М.М. Лукьянов, Н.А. Дмитриева, О.В. Лерман, Н.Ю. Журавская, Е.В. Даниэльс, А.В. Фокина

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Люберецкая районная больница № 2, г. Люберцы, Московская область, Россия

Цель. В рамках регистра мозгового инсульта (МИ) ЛИС-2 (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших МИ), изучить социально-демографические и анамнестические характеристики пациентов, перенесших МИ, а также медикаментозную терапию, которую получали пациенты до референсного МИ, во время госпитализации и при выписке из стационара.

Материал и методы. В данный фрагмент работы включали всех больных, госпитализированных в неврологическое отделение Люберецкой районной больницы №2 по поводу МИ за период с 01.01.2009 по 31.12.2011.В представленный фрагмент работы включен анализ больных, госпитализированных в период с 01.01.2009 по 31.12.2010 (637 человек).

Результаты. Мужчины составили 36%, женщины — 64%, средний возраст 70,99±9,6 лет. Артериальная гипертензия в анамнезе была выявлена у 554 пациентов (87,0%), фибрилляция предсердий у 155(24,3%) пациентов. Ранее перенесли МИ 147(23,1%) пациентов. Больничная летальность составила 21,8% (умерло 139 пациентов, средний возраст 72,7±9,6 года). При выписке 374 (75%) пациентам был рекомендован прием ингибиторов АПФ, антиагреганты были назначены 421 (85%) пациенту. Варфарин был назначен 4 (1%) пациентам. Статины были рекомендованы 3 (1%) пациентам.

Выводы. В Люберецком районе Московской области создан регистр больных МИ, результаты которого продемонстрировали, что назначаемая терапия в целях вторичной профилактики МИ не полностью соответствует современным клиническим рекомендациям.

0469

СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА У СПОРТМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Масленникова О.М., Резниченко Т.А., Фирсакова В.Ю.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва

Цель: оценить состояние адаптации организма у профессиональных спортсменов с пролапсом митрального клапана.

Материал и методы. Был обследован 537 спортсмен (328 юношей и 209 девушек), средний возраст 22,4±1,2 года. Основную группу составили спортсмены с пролапсом митрального клапана (ПМК) (136 чело-

век, из них 76 юношей и 60 девушек). Спортсмены без ПМК вошли в контрольную группу (401 человек, 252 юноши и 149 девушек). С целью комплексной оценки индивидуальной адаптации организма рассчитывался адаптационно-функциональный индекс, представляющий собой сумму условных единиц по показателям, характеризующим состояние гемодинамики, респираторной системы (индекс Тиффно), иммуннореактивного статуса (уровень лейкоцитов, лимфоцитов, иммуноглобулинов A, M, G), минерального обмена (магний, кальций), гормонального баланса (кортизол). Состояние механизмов адаптации расценивалось как удовлетворительное, напряженное и неудовлетворительное.

Результаты. Было установлено, что в крови девушек с ПМК в сравнении с контрольной группой в условиях интенсивных тренировок достоверно снижается среднее число лейкоцитов, соответственно 5,7±0,1х109 и 6,2±0,1х109/л ($p<0,05$); у юношей достоверных отличий не наблюдалось. Обращала на себя внимание общая тенденция к снижению уровней иммуноглобулинов A, M в крови у всех спортсменов с ПМК. Так, в основной группе у девушек уровень Ig A составил 187,3±6,1 Ед/мл, в контрольной — 207,8±6,4 Ед/мл; у юношей соответственно 211,0±6,2 и 235,9±4,9 Ед/мл ($p<0,05$). Уровень Ig M у девушек в основной группе составил 159,1±7,0 Ед/мл, в контрольной — 176,8±6,1 Ед/мл; у юношей — 141,9±6,4 и 156,4±4,0 Ед/мл соответственно ($p<0,05$). У спортсменов с ПМК в сравнении с контрольной группой было достоверно снижено количество магния, соответственно у девушек 0,95±0,01 и 0,99±0,02 ммоль/л; у юношей 0,96±0,01 и 0,99±0,013ммоль/л ($p<0,05$). Достоверно также было снижено количество кальция у девушек с ПМК (в основной и контрольной группах соответственно 2,35±0,016 и 2,42±0,029 ммоль/л, $p<0,05$). По остальным анализируемым параметрам достоверных различий получено не было. Состояние адаптации организма у половины спортсменов с ПМК (45%) было расценено как напряженное, а у 8% как неудовлетворительное. В контрольной группе у большинства спортсменов определялся удовлетворительный тип адаптации (58%). У юношей с ПМК чаще выявлялось напряженное состояние адаптации, чем у девушек (соответственно у 52% и 35%), удовлетворительная адаптация определялась лишь у 39% юношей, у девушек — у 58%.

Заключение. Применение адаптационно-функционального индекса позволяет объективно оценить состояние адаптации у спортсменов в процессе тренировочного и соревновательного процесса. У спортсменов с ПМК адаптационные возможности организма снижены, что требует дифференцированного подбора тренировочных нагрузок, а также активного применения профилактических программ, направленных на предотвращение возможности возникновения острых и обострения хронических заболеваний.

0470

АГОНИСТ КАННАБИНОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ HU-210 ИМИТИРУЕТ ФЕНОМЕН ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ И ФЕНОМЕН ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ СЕРДЦА

Маслов Л.Н., Цибульников С.Ю.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

In vivo моделировали коронарооккклюзию (45 мин) и реперфузию (2 ч) у наркотизированных крыс линии Вистар, находящихся на искусственной вентиляции. In vitro выполняли тотальную ишемию (45 мин) и реперфузию (30 мин) изолированного сердца крысы. Селективный агонист каннабиноидных (CB) рецепторов HU-210 вводили внутривенно в дозе 0,1 мг/кг за 15 мин до перевязки коронарной артерии или через 40 мин после коронарооккклюзии. Селективный CB1 антагонист SR141716A инъецировали внутривенно за 25 мин до ишемии. Селективный CB2 антагонист SR144528 также применяли за 25 мин перевязки коронарной артерии. In vitro HU-210 использовали в конечной концентрации 100 нМ перед тотальной ишемией. Селективный CB1 антагонист SR141716A добавляли в перфузионный раствор в конечной концентрации 100 нМ перед ишемией. Было обнаружено, что предварительное введение HU-210 уменьшает соотношение размер инфаркта/область риска (РИ/ОР) in vivo. Этот эффект полностью устранялся с помощью предварительного введения SR141716A. Предварительное использование SR144528 не устраняло кардиопротекторный эффект HU-210. Оба антагониста не влияли на соотношение РИ/ОР. Инъекция HU-210 за 5 мин до реперфузии также обеспечивала уменьшение индекса РИ/ОР. Ингибитор протеинкиназы С хелеритрин устранял кардиопротекторный эффект HU-210. Также действовал блокатора КАТФ-каналов глибенкламид. Добавление HU-210 перед ишемией уменьшало уровень креатинфосфокиназы (КФК) в перфузате, оттекающем от сердца, и снижало давление, развиваемое левым желудочком. Один препарат SR141716A не влиял на сократимость сердца и уровень КФК. Авторы полагают, что активация кардиальных CB1 рецепторов увеличивает устойчивость серд-

ца к ишемии/реперфузии и негативно сказывается на насосной функции сердца. Эндогенные каннабиноиды не участвуют в регуляции сократимости сердца и толерантности к ишемии и реперфузии. Представленные данные свидетельствуют, что каннабиноид HU-210 имитирует ишемическое прекондиционирование и посткондиционирование сердца. Внутриклеточный сигнальный механизм кардиопротекторного эффекта CB-агониста HU-210 реализуется за счет активации КАТФ-каналов и протеинкиназы С.

0471

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ — ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ФЕНОТИПА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМАУ МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

С.А. Матвеева

Медицинский центр «Атенон», г. Рязань, Россия

Цель: оценка взаимосвязей, по данным многофакторного корреляционного анализа, между параметрами ацетиляторного статуса: степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и липидного спектра сыворотки крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН), метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования: обследованы 82 мужчины в возрасте 50,5±0,9 г. с ИБС, стабильной СН I-III функционального класса (ФК), МС и СД 2 типа. Пациентам проводили комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы исследования, позволившие диагностировать ИБС, СН, МС и СД 2 типа. Последовательно анализировали взаимосвязи каждого отдельного параметра ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и липидного спектра сыворотки крови (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ)).

Полученные результаты: многофакторный корреляционный анализ позволил выявить, что у мужчин с ИБС, стабильной СН, МС и СД 2 типа между параметрами варианты, ≤10 перцентиля и ›90 перцентиля ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и соответствующими параметрами варианты, ≤10% перцентиля и ›90% перцентиля липидного метаболизма (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) определяется достоверная положительная (прямая) взаимосвязь. Отрицательная (обратная) достоверная корреляция обнаружена 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) отмечена достоверная отрицательная зависимость.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о гетерогенности взаимосвязей параметров ацетиляторного статуса и липидного спектра сыворотки крови. Параметры ацетиляторного статуса достоверно прямо (положительно) и обратно (отрицательно) ассоциируются с соответствующими по степени выраженности значениями липидного спектра сыворотки крови. В настоящем исследовании показано, что ацетиляторный статус представляет собой, с одной стороны, — суммарное отражение энергетических процессов в организме (цикл Кребса), с другой — показатель полиморфизма фермента N-ацетилтрансферазы 2 (NAT2), ассоциированный с определённым генотипом NAT2 гена у пациентов с ИБС, МС и СД 2 типа. Выявленные фенотипы медленных/быстрых/промежуточных ацетиляторов прямо взаимосвязаны с соответствующими параметрами липидного спектра сыворотки крови и характеризуют степень выраженности фенотипа энергетического метаболизма, что способствует раннему прогнозированию течения сердечно-сосудистой патологии и проведению своевременной профилактики и коррекции энергетических нарушений.

0472

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

С.А. Матвеева

Медицинский центр «Атенон», г. Рязань, Россия

Цель — оценка взаимодействий между показателями липидного спектра сыворотки крови общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и глюкозы крови у женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН), метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом (СД) 2 типа (по данным многофакторного корреляционного анализа).

Методы исследования. В исследование включены 108 женщин в возрасте 54,9±0,7 г. с ИБС, стабильной СН I-III функционального класса (ФК), МС и СД 2 типа. Всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы исследования, позволившие диагностировать ИБС, СН, МС и СД 2 типа. Проводили корреляционный анализ взаимодействий показателей липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ и глюкозы крови при различных взаимодействиях (между вариантами, ≤10 перцентилями и ›90 перцентилями липидов и глюкозы, а также между ≤10 перцентилями липидов и › 90 глюкозы крови, между ›90 перцентилями липидов и ≤10 перцентилями глюкозы последовательно.

Полученные результаты. У женщин с ИБС, стабильной СН, МС и СД 2 типа между показателями варианты, ≤10 перцентиля и ›90 перцентиля липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и глюкозы крови установлена достоверная сильная положительная (прямая) корреляция. Отрицательная (обратная) значимая корреляция обнаружена между показателями ≤10 перцентиля липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и › 90 глюкозы крови. Между значениями ›90 перцентиля липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и ≤10 перцентиля глюкозы крови выявлена достоверная отрицательная зависимость.

Выводы. Проведённый многофакторный корреляционный анализ показателей липидного спектра сыворотки крови и глюкозы крови у женщин с ИБС, СН, МС и СД 2 типа позволил выявить особенности ассоциаций различных уровней изучаемых значений. Полученные данные указывают о наличии гетерогенности взаимодействий показателей липидов и глюкозы крови.

0473

ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвиенко Е.Е., Семенкова Г.Г.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 2», Воронеж;

ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Оценка динамики функции почек на фоне терапии — обязательная составляющая диспансерного наблюдения всех категорий больных артериальной гипертензией (АГ). Согласно литературе, для женщин в постменопаузе с АГ характерно раннее поражение органов-мишеней, в том числе почек. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и наличие микроальбуминурии (МАУ) являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых осложнений.

Цель: оценить функцию почек исходно и в динамике на фоне амбулаторного лечения у женщин с АГ в постменопаузе.

Методы. У 32 пациенток с первичной АГ в постменопаузе (средний возраст — 59, 3 года) оценивали функцию почек исходно и через 3 месяца амбулаторной терапии. СКФ рассчитывали по формуле MDRD автоматически при помощи калькулятора; МАУ определяли иммуноферментным методом. В исследование не включали пациенток с уровнем креатинина крови более 124 мкмоль/л, тяжелым сахарным диабетом. В качестве

антигипертензивной терапии исходно назначали периндоприл 5 мг или лозартан 50 мг в сутки. Через 2 недели дозу препарата удваивали; через 1 месяц добавляли индапамид ретард 1,5 мг; через 2 месяца, при недостаточном снижении АД, амлодипин 5 мг. По показаниям назначали аторвастатин 10-20 мг в сутки, дезагреганты.

Результаты. У пациенток с АГ в постменопаузе при исходном обследовании была выявлена высокая распространенность субклинического нарушения функции почек без существенного повышения уровня креатинина крови. У 7 (21,9%) женщин отмечалось снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м^2, что соответствует 3 стадии хронической болезни почек (ХБП); у 6 (18,8%) — наличие МАУ (более 25 мг/л в утренней порции мочи).

Большинству больных (84,4%) потребовалось назначение комбинированной антигипертензивной терапии, в том числе 20 (62,5%) — комбинации периндоприла или лозартана с диуретиком, 7 (21,9%) — трех препаратов. Аторвастатин принимали 18 (56,3%) пациенток. К концу 3 месяца лечения наблюдалось достоверное снижение систолического и диастолического АД, при этом целевой уровень АД был достигнут в 23 (71,9%) случаях.

На фоне терапии показатели функционального состояния почек улучшились. К концу периода наблюдения было выявлено достоверное увеличение СКФ на 10,4%. МАУ уменьшилась на 16%. При детальном анализе более выраженная положительная динамика показателей функции почек отмечалась у пациенток, получавших помимо антигипертензивных препаратов липидснижающую терапию аторвастатином.

Выводы. У женщин в постменопаузе с первичной АГ выявлена высокая частота субклинического нарушения функции почек. Комбинированная антигипертензивная терапии способствовала улучшению показателей функционального состояния почек: увеличению скорости клубочковой фильтрации и уменьшению микроальбуминурии. Наиболее выраженное нефропротективное действие оказывало лечение с добавлением статина.

0474

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ — ОТ РЕКОМЕНДАЦИЙ К ПРАКТИКЕ

Матвиенко Е.Е.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 2», Воронеж

Проблема назначения антитромботической терапии у больных фибрилляцией предсердий (ФП) актуальна. Адекватная антитромботическая терапия с применением пероральных антикоагулянтов уменьшает смертность, связанную с ФП. Вместе с тем, в реальной практике врачи не всегда следуют клиническим рекомендациям по ведению пациентов с ФП и часто используют малоэффективные режимы антитромботической терапии.

Цель: оценить информированность врачей-терапевтов первичного звена в вопросах назначения антитромботической терапии у больных ФП

Методы. Опрошены 32 врача-терапевта участковой службы (средний возраст — 44,2 года), в том числе женщин — 29 (90,6%), мужчин — 3 (9,4%). Анкета включала в себя вопросы о важности антитромботической терапии у больных ФП, выборе препаратов, применении варфарина и новых пероральных антикоагулянтов.

Результаты. Подавляющее большинство опрошенных считают наиболее опасным осложнением ФП ишемический инсульт (81,3%) и информируют об этом пациентов (84,4%). Врачи недостаточно знают и применяют в работе рекомендованные шкалы стратификации риска. Не имеют представления о шкале CHA2DS2-VASc — 8 (25%), не используют ее — 9 (28,1%), используют только у части больных — 20 (62,5%). Большинство терапевтов (71,9%) незнакомы со шкалой риска кровотечений HAS-BLED. Частоту назначения антикоагулянтов нельзя считать адекватной и соответствующей рекомендациям по ведению пациентов с ФП. Как правило, врачи редко назначают антикоагулянты больным старческого возраста. Выбирая режим антитромботической терапии для больного 77 лет, более половины врачей (62,5%) назначают препараты ацетилсалициловой кислоты, а 9,4% вообще не рекомендуют антитромботический препарат. Лишь 7 (21,9%) терапевтов отметили возраст старше 75 лет как высоко значимый фактор риска. Все опрошенные ответили, что применяют в своей практике варфарин и контролируют МНО при его назначении. Однако большинство терапевтов (78,1%) считают, что эффективно лечатся (контролируют МНО в пределах целевых значений) только 10-30% пациентов. Трудности вызвали вопросы, связанные с титрацией дозы варфарина. По мнению терапевтов, основными ограничениями для широкого использования варфарина являются: невозможность регулярного контроля МНО (75%), частые геморрагические осложнения (43,8%), сложный алгоритм подбора дозы (25%). Большинство врачей (87,5%) имеют общее представление о новых пероральных антикоагулянтах, но не знают их фармакологическое действие и эффективность по снижению риска тромботических осложнений, считая основным преимуществом отсутствие необходимости контроля МНО и подбора дозы.

Выводы. Информированность врачей первичного звена по вопросам антитромботической терапии у больных ФП нельзя считать удовлетворительной. Существует врачебная инерция в применении пероральных антикоагулянтов, особенно у пациентов старческого возраста. В связи с этим необходимо проведение образовательных школ, обучающих семинаров для врачей разного уровня; повышение мотивации к выполнению клинических рекомендаций.

0475

ВЛИЯНИЕ АГРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР, СОСУДИСТУЮ РИГИДНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ДОКАЗАННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Матросова И.Б., Мельникова Е.А.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: оценка влияния агрессивной терапии аторвастатином на липидный спектр, клиническую эффективность и показатели сосудистой ригидности у больных с доказанной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования: было обследовано 25 пациентов с ИБС: 22 мужчины и 3 женщины в возрасте от 35 до 71 года (средний возраст 56,5±9,0 лет).Все пациенты получали аторвастатин в фиксированной суточной дозировке 80 мг в течение 24 недель. Исследовали уровни общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ).Жесткость артерий оценивали методом объемной сфигмографии с помощью прибора VaSera-1000 («FukudaDenshi», Япония). Для изучения суточной артериальной ригидности использовали амбулаторный монитор АД BPLab («Петр Телегин», Россия). Автоматически вычисляли: среднесуточные показатели центрального систолического, диастолического и пульсового давления, Aix ao — индекс аугментации в аорте, Aixаопр– индекс аугментации в аорте, приведенный к ЧСС 75 уд в минуту.Для оценки качества жизни использовали «Сиэтловский опросник для больных стенокардией». Изучали частоту ангинозных приступов и количество таблеток нитроглицерина, используемых больными.

Результаты: исходные показатели липидного обмена составили — ОХ — 5,3 (5,1; 6,3) ммоль/л; ЛПНП — 3,5 (2,7; 4,0) ммоль/л; ЛПВП — 1,1 (0,9; 1,3) моль/л; ТГ — 1,4 (1,1; 2,0) ммоль/л. Через 24 недели лечения отмечено достоверное снижение ОХ до 3,9 (3,3; 4,2) ммоль/л ($p<0,05$); ЛПНП до 2,2 (1,8; 2,5) ммоль/л ($p<0,05$); ТГ до 1,1 (0,8; 1,3) ммоль/л, ($p<0,05$). Согласно данным объемной сфигмографии, до начала лечения показатели лодыжечно-плечевой PWV составили: R-PWV — 13,3±2,6, L-PWV -13,5±2,0 м/с и B-PWV -7,3±1,6 м/с. При оценке динамики показателей артериальной жесткости выявлено достоверное снижение СРПВ по артериям преимущественно эластического типа: до 11,9±2,0 м/с и 12,1±1,6 м/с, соответственно ($p<0,05$), а также уменьшение жёсткости артерий преимущественно мышечного типа- снижение B-PWV до 6,6±1,3 м/с ($p<0,05$). Суточное мониторирование артериальной ригидности на фоне лечения продемонстрировало достоверное снижение индекса аугментации в аорте, приведенного к ЧСС (Aixаопр) с 10,5 (0,5;27) до 4,5 (-8;19), что составило 42,9% ($p<0,05$), а также тенденцию к снижению скорости пульсовой волны в аорте. При анализе результатов опросников для оценки качества жизни больных с ИБС, через 24 недели лечения было выявлено уменьшение частоты ангинозных приступов на 28,3%, а также сокращение числа таблеток, используемых больными на 27,4%.

Выводы: агрессивная терапия аторвастатином в дозе 80 мг в сутки наряду с улучшением липидного профиля, сопровождается достоверным снижением жесткости артерий различного типа способствует повышению качества жизни больных с доказанной ИБС.

0476

ЧТО ТАКОЕ ОБЛАЧНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ

Матус К.М.

ЗАО «МИКАРД-ЛАНА, Санкт-Петербург

Казалось бы, электрокардиография (ЭКГ) достигла предела своего совершенства. Однако ее недостатком является привязка пациента и врача к месту и времени исследования. Такую систему взаимоотношений «врач-пациент» можно назвать закрытой. За счет внедрения телеметрии ЭКГ процедура исследования при-

близилась к пациенту, а диагностика стала дистанционной, но один недостаток остался — это отсутствие свободы выбора врача пользователем.

В то же время, благодаря развитию информационных технологий, стало возможным создание открытой системы ЭКГ-диагностики. Такая система содержит:

- интернет-сервер, обеспечивающий прием неограниченного числа ЭКГ, их обработку, хранение и санкционированный доступ к сохраненным данным;
- имеющиеся в распоряжении пользователей портативные приборы (ЭКГ терминалы), позволяющие снимать ЭКГ, транслировать их в интернет-сервер и получать доступ к хранящимся в нем ЭКГ и результатам их обработки;
- неограниченное число врачей, расположенных в разных местах Земли, имеющих подключенные к интернету компьютеры;

Пользователи (врач, медсестра или сам пациент) с помощью терминалов снимают ЭКГ, которые автоматически поступают в интернет-сервер. В сервере ЭКГ обрабатываются и сохраняются в личных кабинетах пользователей. Врачи по запросам пользователей при помощи своих компьютеров изучают результаты обработки ЭКГ, формируют свои заключения и рекомендации, которые присоединяются к уже сохраненным первичным данным. В связи с тем, что такая система полностью соответствует технологии «облачной» обработки, когда вычислительные ресурсы, решающие конкретные задачи, сосредоточены в удаленном компьютере, к которому обеспечен доступ большого числа пользователей, ее можно назвать «облачной электрокардиографией».

Рассмотренная система имеет следующие достоинства:

- съем и передача ЭКГ в интернет сервер в любое время и в любом месте;
- доступ неограниченного числа врачей и пользователей к сохраненным данным;
- неограниченное время хранения всех ЭКГ в интернет-сервере в электронном виде;
- высокая достоверность автоматической обработки ЭКГ, благодаря практически неограниченным вычислительным ресурсам, сосредоточенным в одном месте;
- низкая стоимость за счет распределения цены единого обрабатывающего центра (интернет сервера) на большое число пользователей.

Облачная электрокардиография обеспечивает:

- обслуживание пациентов в поликлиниках и стационарах;
- работу врача общей практики;
- съем и интерпретацию ЭКГ малоподвижных пациентов на дому, а также пациентов фельдшерско-акушерских пунктов с возможностью дистанционных консультаций;
- самостоятельный контроль пациентами состояния своей сердечно-сосудистой системы с возможностью дистанционных консультаций.

Первая система облачной электрокардиографии — «Кардиометр-МТ» разработана и выпускается санкт-петербургским предприятием ЗАО «МИКАРД-ЛАНА».

0477

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА УРОВЕНЬ РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Махмудова Э.Р., Кудаев М.Т., Османова А.В.

ГБОУ ВПО «ДГМА» МЗ РФ, Махачкала

Цель: Оценка влияния локальной наружной контрпульсации (ЛНК), на психологический статус пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы: Обследовано 54 пациента со стабильной стенокардией напряжения, функциональный класс (ФК) III, 35 мужчин (65%) и 19 женщин (35%), в возрасте от 43 до 69 лет. Из них 9 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II функционального класса по NYHA, с фракцией выброса менее 45%. Все пациенты разделены на две группы, методом случайной выборки: 1-я группа: основная — пациенты которой получали, наряду со стандартным лечением стенокардии, курс ЛНК (n=29); 2-я группа: группа срав-

нения — пациенты которой получали только стандартное лечение (n=25). В течение недели, пациенты первой группы получали ежедневно по 1 процедуре ЛНК, в неделю 5 процедур. Всего курс лечения составил 20 процедур (4 недели). Курс лечения повторяли через 3 месяца. Всем больным до лечения, на 28-й день и через 3 месяца проводилась оценка психологического статуса. Для оценки психологического статуса был использован опросник Ч.Д.Спилберга, Ю.Л.Ханина. Производился анализ каждого опросника и выводился средний балл. По среднему баллу оценивалась степень реактивной тревожности (РТ) как низкая, умеренная, выраженная.

Результаты: Уровень РТ, исходно, в основной группе был выраженным и составлял 47,3±4,55 баллов, уже через 4 недели после применения курса ЛНК он достоверно (p<0,05) снизился и составил 20,4±6,6 баллов. В группе сравнения, уровень РТ, исходно, так же был выраженным и составлял 51,2±5,1 балл. Через 4 недели он снизился лишь до 47,0±6,5 (p<0,05) баллов, что продолжало расцениваться как выраженный уровень РТ. Через 3 месяца после проведенного лечения, в основной группе выявлено достоверное снижение уровня РТ до 10,1±4,1 (p<0,05). В группе сравнения уровень РТ остался на прежнем уровне через 3 месяца, но достоверно снизился по сравнению с исходными данными до 48,2±7,3 (p<0,05).

Выводы: Метод ЛНК оказывает положительное влияние на психологический статус пациентов ИБС, стабильной стенокардией напряжения, достоверно снижая уровень РТ.

0478

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОЙ ИНДЕКС БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Махмудова Э.Р., Кудаев М.Т., Османова А.В., Ахмедова Д.А. ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала

Цель: Оценка влияния метода локальной наружной контрпульсации (ЛНК) на уровень лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы: Нами обследовано 54 пациента со стабильной стенокардией напряжения, функциональный класс (ФК) III, из них 35 мужчин (65%) и 19 женщин (35%), в возрасте от 43 до 69 лет. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — основная, в которой исследуемые получали, в дополнение к стандартному медикаментозному лечению ИБС, курс ЛНК (n=29); 2-я группа — группа сравнения, в которой проводилось только стандартное медикаментозное лечение ИБС (n=25). В течение недели пациенты основной группы получали ежедневно по 1 процедуре ЛНК, в неделю 5 процедур. Всего курс лечения составил 20 процедур (4 недели). Курс лечения повторяли через 3 месяца. У всех больных до лечения, через 28 дней и через 3 месяца оценивался ЛПИ систолического давления, который рассчитывался как отношение артериального систолического давления в дистальных отделах голеней к этому показателю в плечевых артериях.

Результаты: В результате проведенного курса ЛНК исходно низкий ЛПИ (0,8±0,2) в основной группе достоверно возрос до 0,9±0,09 (p<0,05), уже через 4 недели лечения. Через 3 месяца возрос до 1,0±0,09 (p<0,05). В группе сравнения исходно низкие цифры ЛПИ (0,8±0,1) также имели достоверную тенденцию к возрастанию, через 4 недели стандартной терапии и составляли 0,9±0,09 (p<0,05). При обследовании пациентов группы сравнения, через 3 месяца, выявлено снижение ЛПИ до 0,8±0,10, по сравнению с предыдущими цифрами.

Выводы: Применение метода ЛНК в сочетании с медикаментозным лечением ИБС позволяет достоверно повысить ЛПИ, что свидетельствует о высокой эффективности метода ЛНК в восстановлении и улучшении кровотока в пораженных стенозом периферических артериях.

0479

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА САМООЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Махмудова Э.Р., Кудаев М.Т., Османова А.В., Булачева Р.П. ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала

Цель: Оценка влияния метода локальной наружной контрпульсации (ЛНК) на уровень самооценки состояния пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы: Нами обследовано 54 пациента со стабильной стенокардией напряжения, функциональный класс (ФК) III, из них 35 мужчин (65%) и 19 женщин (35%), в возрасте от 43 до 69 лет. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — основная, в которой исследуемые получали, в дополнение к стандартному медикаментозному лечению ИБС, курс ЛНК (n=29); 2-я группа — группа сравнения, в которой проводилось только стандартное медикаментозное лечение ИБС (n=25). В течение недели пациенты основной группы получали ежедневно по 1 процедуре ЛНК, в неделю 5 процедур. Всего курс лечения составил 20 процедур (4 недели). Курс лечения повторяли через 3 месяца. У всех больных до лечения, через 28 дней и через 3 месяца оценивалась самооценка состояния. Для определения самооценки состояния использовалась шкала визуальных аналогий (Visual Analog Scale).. На линии длиной 100 мм больной отмечал свое самочувствие, представление о своей работе, социальной (общественной) жизни, семейной (личной) жизни. Результаты суммировались, и выводился средний балл.

Результаты: В основной группе выявлено достоверное ($p<0,05$) повышение самооценки состояния пациентов с 41,0±16,2 до 56,5±7,4 через 28 дней после лечения. В группе сравнения самооценка состояния возросла незначительно — с 37,8±10,75 до 41,0±9,8, но достоверно по сравнению с исходными данными ($p<0,05$). Через 3 месяца в основной группе, самооценка состояния существенно возросла по сравнению с исходными данными и после ЛНК, и составила 65,5±16,5 ($p<0,05$).

Выводы: Применение метода ЛНК в сочетании с медикаментозным лечением позволяет достоверно повысить самооценку состояния больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения.

0480

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Мацкевич С.А., Барбук О.А., Атрощенко Е.С., Соловей С.П., Карпова И.С.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: определение наличия и выраженности тревожно- депрессивных расстройств у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом

Материал и методы. Обследовано 54 мужчин со стабильной стенокардией ФК II и постинфарктным кардиосклерозом (давность перенесенного инфаркта миокарда составила 6,26±1,2 года). Средний возраст пациентов составил 58,2±2,3 года. Диагноз стенокардии устанавливали по Канадской классификации в соответствии с критериями Европейской ассоциацией кардиологов (2006 г.), Российскими (2008 г.) и Национальными (2010 г.) рекомендациями. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Для оценка тревожно-депрессивных расстройств использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) и шкала ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности Спилбергера-Ханина. Медикаментозное лечение представлено стандартной антиангинальной терапией в сочетании с приемом аспирина и статинов.

Результаты. Средние значения выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS были в пределах нормальных значений, однако тревожно-депрессивные расстройства были выявлены в 50% случаев. Клинически выраженные тревога и депрессия имели место у 4 (7,4%) пациентов, субклинически выраженные тревога и депрессия — у 6 (11,1%) человек, субклинически выраженная тревога — у 9 (16,7%) и субклинически выраженная депрессия — у 8 (14,8%) пациентов, у 27 человек (50%) отсутствовали симптомы тревоги и депрессии.

Оценка уровней тревожности по шкале Спилбергера-Ханина свидетельствует о более частом ($p<0,05$) выявлении средней СТ и ЛТ. Так, высокий уровень СТ выявлен у 16,7%, ЛТ — у 22,3% пациентов. Средний уровень СТ отмечался у 50%, ЛТ — у 59,2% пациентов, низкий уровень СТ и ЛТ — в 33,3% и 18,5% случаев соответственно. В результате корреляционного анализа выявлены обратные корреляционные связи между степенью выраженности тревожно-депрессивных расстройств и показателем качества жизни ($r=0,644$, $p<0,01$).

Выводы. Таким образом, у большинства обследованных пациентов имеются тревожно-депрессивные расстройства. При наличии постинфарктного кардиосклероза преобладают средние уровни ситуативной и личностной тревожности.

0481

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мацкевич С.А., Барбук О.А., Бельская М.И., Скуратович Л.Л.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: определение состояния функции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (давность перенесенного инфаркта миокарда составила 6,18±1,9 года), осложненным ХСН ФК II, III (по NYHA). Из них 45 мужчин (90%) и 5 женщин (10%). Средний возраст пациентов составил 57,6±0,98 года. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Медикаментозное лечение: β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ или антогонисты рецепторов ангиотензина, дезагреганты, статины, мочегонные. Биохимические исследования проводили на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (нормальные значения цистатина С составляют 0,57-1,05 мг/л), концентрацию креатинина — с использованием лабораторных наборов Bckman (норма 44,0-110,0 мкмоль/л). Концентрации мочевины, глюкозы и ферментов крови были в пределах нормальных значений. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина (в мл/мин/1,73 м2) определяли по формуле Cockroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С — по формуле: СКФ (мл/мин/1,73м2) = -4,32+80,35/цистатин С.

Результаты. Согласно результатам исследования средние значения креатинина и цистатина С не превышали их нормальных значений: 99,2±2,16 мкмоль/л и 0,95±0,03 мг/л соответственно. Однако, повышенный уровень цистатина С определялся в два раза чаще повышенного уровня креатинина: в 34% случаев против 18% ($p<0,01$). Очевидно это связано с тем, что уровень цистатина С рассчитывается без учета антропометрических и гендерных данных пациентов. Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С ниже нормальных значений и составляют соответственно 81,7±2,45 и 83,1±2,32 мл/мин/1,73 м2. Умеренное снижение клубочковой фильтрации (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м2) отмечалось у 10%, легкое снижение (СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м2) — у 60% пациентов. Таким образом, большинство пациентов с ХСН (70%) имели легкое или умеренное нарушение клубочковой фильтрации. Существенных различий по показателям дисфункции почек у пациентов с ХСН ФК II и ФК III не выявлено. Вероятно, это связано с немногочисленностью групп пациентов.

Выводы. У большинства обследованных пациентов с ХСН выявлено легкое или умеренное нарушение клубочковой фильтрации при отсутствии первичной почечной патологии. Результаты нашего исследования позволяют рассматривать цистатин С как более точный и ранний, чем креатинин, маркер нарушения функции почек, что не противоречит данным других исследователей о том, что сывороточные уровни цистатина С могут повышаться при сердечной недостаточности.

0482

ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Мельникова А.А., Колбасников С.В.

Тверская государственная медицинская академия, г. Тверь, Россия

Цель: Оценить у женщин эффективность различных программ физической реабилитации по динамике показателей контурного анализа пульсовой волны в сосудах мышечного и эластического типа.

Методы исследования: Обследовано 43 здоровых женщины без факторов риска развития ССЗ (возраст 39 ± 2,1 года; уровень общего холестерина 3,7± 1,1 ммоль/л; индекс массы тела 23,9± 2,1 кг/м^2). В зависимости от вида тренирующего режима пациентки были разделены на две группы. Первую составили 23 женщины, которые в течение двух месяцев 3 раза в неделю в течение 60 минут получали силовые упражнения без аэробного компонента; вторую — 20 женщин, которые выполняли аэробные нагрузки (беговая дорожка, велотренажеры, эллипсоидные тренажеры) в течение 60 мин за тот же период времени. Всем обследуемым на аппарате «Ангиоскан-01 профессиональный» дважды (до начала цикла тренировок и после его окончания)

проводилась контурная проба, и рассчитывались следующие показатели: жесткость сосудистой стенки (SI), индекс отражения (RI) и индекс аугментации (Alp75).

Результаты: Среди обследуемых первой группы до начала тренирующего режима: SI составил 7,1±0,5 м/с, RI-12,8±1,1%, Alp75-14,5±1,9%.После проведения тренировок SI-8,5 ±0,4 м/с (p<0,05), RI- 28,9±0,7%, Alp 75-4,5±1,3%, что свидетельствовало о нарастании жесткости артерий мышечного типа. Уровень систолического артериального давления (САД) до нагрузки составил 114±14,3 мм рт. ст.; диастолического (ДАД) — 78,3±9,4 мм рт. ст.; после нагрузки — 119±10,3 мм рт.ст. и 75,3±2,4 мм рт. ст. соответственно. Среди обследуемых второй группы до тренирующего режима SI — 6,8±0,3 м/с (p<0,05), RI -14,5±1,1%, Alp75 — 8,5±1,9%; после цикла тренировок SI -7,2±0,4 м/с (p=0,005), RI-9,2±3,2%, Alp75 -10,5±2,4% что свидетельствует о сохранении эластичности сосудистой стенки. Уровень САД до нагрузки составил 111±12,6мм рт. ст.; ДАД — 69,3±10,4 мм рт.ст.; после нагрузки — 115±9,3 мм рт. ст. и 69,3±10,8 мм рт. ст. соответственно. У пациентов 1 группы после изменения тренирующего режима за счет добавления аэробных упражнений (беговая дорожка, велотренажеры эллипсоидные тренажеры в течение 60 минут, 3 раза в неделю) через 3 месяца показатели контурного анализа пульсовой волны составили: SI — 6,5 ±0,9 м/с (p=0,005), RI -19,4±4,3%,Alp75-11,8 ±6,3%, САД 124±10,3 мм рт.ст., ДАД 70,3±9,4 мм рт. ст.

Выводы: У здоровых женщин без факторов риска развития ССЗ при смене тренирующего режима с акцентом на аэробные нагрузки отмечается изменения показателей фотоплетизмографии, свидетельствующие о снижении жесткости сосудистой стенки, что необходимо учитывать при составлении индивидуальной программы реабилитации.

0483

ОЦЕНКА ЭФФЕКТА СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Мельников Н.Н., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В.

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

Цель. Оценить эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы. Было обследовано 38 пациентов (35 мужчин), средний возраст которых составил 52,3±9,84 года. Из которых 20 человек было с ишемической кардиомиопатией и 18 пациентов с кардиомиопатией не ишемического генеза. Основными критериями для отбора больных на ресинхронизирующую терапию были: ХСН II-IV ФК по классификации NYHA, сниженная фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 35%, признаки внутрижелудочковой и/или межжелудочковой диссинхронии, регистрируемой с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ). Все пациенты находились на медикаментозной терапии в соответствии с действующими рекомендациями. ЭхоКГ проводилась перед постановкой кардиостимулятора и на 3 сутки после имплантации.

Результаты. На фоне ресинхронизирующей терапии у пациентов средняя дистанция при проведении теста 6-минутной ходьбы значимо увеличилась на 20,2% (p<0,001). Исходно практически у всех больных была зарегистрирована патологическая митральная регургитация. После имплантации стимулятора в исследуемой группе пациентов произошло достоверное снижение степени митральной регургитации (p=0,011). Улучшение гемодинамических параметров у больных с хронической сердечной недостаточностью было представлено значимым увеличением ФВ ЛЖ от исходных показателей (p<0,001), увеличением показателя dP/dt (p<0,001), уменьшением конечно-диастолического и конечно-систолического объемов. Больные с ХСН на фоне СРТ показали достоверную положительную динамику по большинству исследуемых эхокардиографических показателей, используемых для диагностики диссинхронии. Только септально-задняя задержка у пациентов уменьшилась не достоверно (p=0,064).

Выводы. Ресинхронизирующая терапия уже в ранний послеоперационный период уменьшает выраженность внутрижелудочковой и межжелудочковой диссинхронии. После имплантации ресинхронизирующих систем наблюдается положительная динамика показателей гемодинамики сердца и толерантности к физической нагрузке.

0484

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ С ЦЕЛЬЮ РЕПЕРФУЗИИ ФИБРИНСПЕЦИФИЧНЫХ И ФИБРИННЕСПЕЦИФИЧНЫХ ТРОМБОЛИТИКОВ

Мензоров М.В.,[1] Шутов А.М.,[1] Климова Т.В.,[2] Макеева Е.Р.,[2] Парфенова Е.А.[1]

[1]Ульяновский государственный университет; [2]ГУЗ Центральная городская клиническая больница, Ульяновск

Цель. Сравнить частоту и выраженность острого повреждения почек (ОПП) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST), которым с целью реперфузии проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ) актилизе и стрептокиназой.

Методы исследования. Обследовано 292 больных ОИМпST, которым была выполнена ТЛТ. При этом, у 170 (58%) пациентов применялась стрептокиназа (фибриннеспецифический тромболитик) (РУП «Белмедпрепараты», Республика Беларусь), а у 122 (42%) — актилизе (фибринспецифический тромболитик) (Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ и Ко.КГ, Германия). Мужчин было 227 (78%), женщин — 65 (22%), средний возраст больных составил 58±11 лет. Диагностику ОИМпST, наличие показаний и противопоказаний для проведения ТЛТ, оценку ее эффективности осуществляли согласно Рекомендаций ВНОК (2007). Тяжесть острой сердечной недостаточности (ОСН) оценивали по T.Killip (1967). ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012). Мы не располагали информацией о креатинине сыворотки пациентов до заболевания, поэтому за исходный принимали креатинин сыворотки при поступлении, оценивали его изменение в динамике через 48 часов. Работа выполнена при поддержке ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» (№14.B37.21.1119 от 14.09.12) на 2009-2013 годы.

Полученные результаты. Время от появления клинической картины заболевания до момента госпитализации составило 2,5(ИКР:1,67-4,00) часа. ТЛТ была эффективна у 213 (73%) больных. Только у 25 (9%) пациентов тяжесть ОСН соответствовала 3 и 4 классу по Killip. Креатинин сыворотки в момент госпитализации составил — 99,3(ИКР:84,00-117,00) мкмоль/л, через 48 часов — 109,0(ИКР:97,90-129,30) мкмоль/л. ОПП по креатинину диагностировано у 72 (25%) больных, из них у 60 (35%) кому вводилась стрептокиназа и у 12 (10%) подвергнутых ТЛТ актилизе. При этом частота ОПП на фоне введения стрептокиназы была достоверно выше, чем при использовании актилизе (χ^2=15,75; p=0,0001). У 49 (29%) пациентов подвергнутых ТЛТ стрептокиназой диагностирована 1 стадия, у 9 (5%) — 2 стадия и у 2 (1%) — 3 стадия ОПП. У 9 (7%) больных, которым вводилась актилизе верифицирована 1 стадия, у 3 (2%) — 2 стадия ОПП). При этом, тяжесть ОПП у больных подвергнутых ТЛТ стрептокиназой была достоверно выше (χ^2=14,93; p=0,0001). Снижение систолического артериального давления ниже 90 мм.рт.ст во время введения стрептокиназы наблюдалось достоверно чаще — у 26 (15%) больных, чем при введении актилизе — у 5 (4%) (χ^2=9,38; p=0,002). В период госпитализации умерло 18 (6%) больных. Внутригоспитальная летальность была выше у больных с 2-3 стадией ОПП, чем у остальных пациентов (ОР 24, 95% Cl 1,39-448,3, p=0,03).

Выводы. У 1/4 больных ОИМпST, подвергнутых ТЛТ, имеется острое повреждение почек по креатинину. При этом, частота ОПП достоверно выше при использовании в качестве тромболитика — стрептокиназы. Вероятно, это связано с более частым развитием гипотонии на фоне ее введения.

0485

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО РАЗНЫМ КЛАССИФИКАЦИЯМ

Мергасова Е.В., Чумакова Г.А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия

ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

Целью исследования стало сопоставление степени инсулинорезистентности у больных с метаболическим синдромом (МС), диагностированным по разным классификационным критериям.

Материалы и методы: Отбор больных в исследование проводился методом сплошной выборки среди больных стенокардией, имеющих показания к реваскуляризации миокарда. В исследование были включе-

ны 181 пациент в возрасте от 33 до 70 лет. У всех больных определяли уровни инсулина, С-пептида, глюкозы, инсулинорезистентность по показателю HOMA-IR, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ), апопротеиды (апо А1b апо В), липопротеид (а) [Лп (а)], уровень гормонов висцерального жира — лептина, адипонектина, резистина, а также уровни систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД). Среди обследованных больных выделены пациенты с критериями МС по критерии IDF (2005г.), ATP III (2005 г.) и ВНОК (2009 г.). Таким образом были сформированы три группы больных: Группа1 (102 человека) — пациенты с МС по критериям ВНОК, 2009, Группа 2 (93 человека) — пациенты с МС по критериям ATP III, Группа 3 (96 человек) — пациенты с МС по критериям IDF. Кроме того, была выделена Группа 4 — пациенты, которые имели МС по всем классификациям, в нее вошли 70 человек.

Результаты: При сравнении всех изучаемых параметров выявлено, что не было статистически значимых различий между групами по следующим показателям: уровни ЛПВП в группах 1,2 и 3 составили 1,0±0,03, 0,97±0,03 и 0,98±0,03 ммоль/л, ТГ — 2,0±0,09, 2,2±0,1 и 2,1±0,1 ммоль/л, глюкозы — 6,5±0,17, 6,7±0,3 и 6,5±0,27 ммоль/л соответственно. Уровни САД и ДАД не имели значимых различий между группами. При сравнении дополнительных критериев в трех группах статистически значимые различия прослеживались по показателю Лп(а) уровень которого составил в группах и1,2,3 составил 497±27,26, 464±39,12 и 426±36,68 мг/дл (p< 0,01), значению HOMO-IR — 3,53±0,22, 2,56±0,16 и 2,83±0,18 (p< 0,01). Значимые отличия (p< 0,05) имелись и между уровнями гормонов висцерального жира в группах 1 и 3: лептин — 19,6±1,38, 19,6±1,55 и 22,4±2,31 нг/мл; адипонектин — 17,3±1,03, 17,6±1,21 и 16,2±1,02 нг/мл; резистин — 18,9±0,78, 18,8±0,83 нг/мл и 19,8±0,71 нг/мл.

При измерении тех же показателей в группе 4 были статистически значимо самый высокий уровень HOMO-IR, лептина и резистина, Apo B и соотношения АпоВ/АпоА1.

Таким образом, разные классификации МС приводят к формирования различных групп больных из общей популяции. Требуется уточнение классификационных параметров МС, соответствующих современному представлению об инсулинорезистентности. Перспективными уточняющими параметрами могут стать гормоны висцерального жира, некоторые параметры дислипидемии.

0486

РАЗЛИЧИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 У БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Миклишанская С.В., Власик Т.Н., Казначеева Е.И., Лякишев А.А., Кухарчук В.В.

ФГУ РКНПК МЗ и СР РФ, Москва

Цель: Оценить концентрацию липопротеин-ассоциированной фосфолипазы А2 (Лп-ФЛА2) в крови у больных с разной степенью выраженности коронарного атеросклероза. Сравнить результаты влияния монотерапии симвастатином и комбинированной терапии с эзетимибом на концентрацию Лп-ФЛА2.

Материалы и методы: в работе приняли участие 100 пациентов с коронарным атеросклерозом, документированным по данным коронароангиографии, не принимавшие холестерин снижающие препараты в течение последних 6 месяцев. У 26 больных было выявлено стенозирование 1 коронарной артерии, у 38 больных — 2 артерий и у 36 больных -3 коронарных артерий. У всех пациентов были определены концентрация Лп-ФЛА2, липидный профиль и уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), интерлейкина 6 (ИЛ-6) до и после липид-снижающей терапии. В качестве липид-снижающей терапии у 50 пациентов была назначена комбинация симвастатина и эзетимиба, у других 50 пациентов проводилась монотерапия симвастатином. Доза эзетимиба у всех пациентов была стандартной 10 мг/сут, доза симвастатина подбиралась индивидуально от 20мг/сут до 80 мг/сут в зависимости от степени снижения холестерина. Концентрация (масса) Лп-ФЛА2 определялась с помощью иммуноферментного анализа с использованием двух высоко специфичных моноклональных антител.

Вч-СРБ определялся нефелометрическим способом на основе измерения бокового рассеяния лазерного излучения при длине волны 840 нм.

Результаты: Концентрация Лп-ФЛА2 достоверно выше у пациентов с атеросклеротическим поражением 3 коронарных артерий в сравнении с пациентами, у которых имеется поражение только одной коронарной

артерии: 387нг/мл и 322 нг/мл соответственно (p<0.05). Отличий между пациентами с поражением 3 коронарных артерий и с поражением 1 коронарной артерии по уровню вч-СРБ, ИЛ-6 и показателям липидного профиля выявлено не было. Комбинация эзетимиба с симвастатином приводит к достоверно большему снижению показателей липидного профиля и Лп-ФЛА2 по сравнению с монотерапией симвастатином: Лп-ФЛА2 снизилась на 46% против 38% , холестерин общий на 35% против 28%, холестерин липопротеидов низкой плотности на 50% против 40% соответственно (p<0,05).Комбинированная терапия эзетимибом и симастатином 20 и 40 мг/сут оказалась столь же эффективной по влиянию на маркеры воспаления (Лп-ФЛА2 и СРБ) и на показатели липидного профиля, как монотерапия симвастатином в дозе 80 мг/сут. В ходе проведения комбинированной терапии, дозозависимого влияния на концентрацию Лп-ФЛА2 выявлено не было. При монотерапии симвастатином достоверный дозозависимый эффект был выявлен, как по показателям липидного профиля, так и по влиянию на концентрацию Лп-ФЛА2.

Выводы:у пациентов с поражением 3 коронарных артерий более выражено внутрисосудистое воспаление, чем у пациентов с поражением 1 коронарной артерии. Проведение комбинированной терапии позволяет в большей степени снизить показатели липидного профиля и Лп-ФЛА2 ,что можно рассматривать как мишень для подавления процессов воспаления и достижения стабилизации атеросклеротической бляшки.

0487

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕГИОНАЛЬНЫХ СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРАХ ХМАО-ЮГРЫ

Милованова Е.В., Урванцева И.А., Горьков А.И.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут, Россия

Цель исследования: оценить эффективность организационной и лечебно-диагностической работы в Региональных сосудистых центрах (РСЦ) при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в ХМАО-Югре.

Материал и методы. Суммированы 5-летние (2008-2012 гг.) данные о 2999 больных, пролеченных в трех РСЦ округа (гг. Сургут, Ханты-Мансийск, Нягань) с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ).

Результаты. Удельный вес больных с ИМ, пролеченных в ЦИК, ежегодно возрастает: в 2008 г. в ЦИК были госпитализированы 20% от общего числа больных с ИМ в округе, в 2012 г. — данный показатель достиг 40%, а у больных с ИМ с подъемом сегмента ST — 45%. В 2012 г. число пролеченных в РСЦ больных с ИМ по сравнению с данными за 2008 г. увеличилось на 92% (405 и 777 пациентов). Показатель поздней госпитализации из года в год уменьшается: в 2012г. лишь 10% больных доставлены более чем через 12 часов с момента заболевания (в 2011г — 12%, в 2010г — 17%). Всего за 5 лет больным с ИМ выполнено 2406 чрескожных коронарных вмешательств и 179 операций коронарного шунтирования. Число больных с ИМ, перенесших ЧКВ в 2012 г., увеличилось на 117% по сравнению с 2008 г. (297 и 644 пациента, соответственно); 63% общего объема инвазивных вмешательств выполнено в Окружном кардиологическом диспансере. Показатель летальности у больных с ИМ в целом по РСЦ ежегодно снижается и составил 4,9% в 2012г.

Выводы. 1. В ХМАО-Югре 40% больных с инфарктом миокарда доставляются в Региональные сосудистые центры, из них 90% в первые 12 часов заболевания; 2. В региональных сосудистых центрах ХМАО-Югры показатель госпитальной летальности при инфаркте миокарда составляет 4,9%.

0488

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ХМАО-ЮГРЕ

Милованова Е.В., Урванцева И.А., Саламатина Л.В.

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут, Россия

В Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО-Югра) с 2008 года реализуется программа «ЮграКор» как система обеспечения неотложной кардиологической помощью населения автономного округа.

Цель исследования: анализ основных показателей эффективности оказания неотложной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда (ИМ) в округе за период с 2008 по 2012 год.

Методы: данные для анализа представленных показателей взяты из годовых отчетов всех лечебно-профилактических учреждений округа, материалов отдела медицинской статистики и анализа Департамента Здравоохранения ХМАО-Югры и материалов кабинета диспансеризации ОКД.

Результаты. За 5 лет показатель смертности от ИМ в округе снизился с 18,9 в 2008г до 16,4 в 2012г на 100 000 населения. Показатель больничной летальности от ИМ в целом по округу снизился с 10,3% до 9,4%, а в региональных сосудистых центрах (РСЦ) с 7,9% до 4,9%. Показатель летальности при ИМ с подъемом сегмента ST (ИМПST) составил в 2012г 16,3% у больных, пролеченных только медикаментозно и 6,3% у больных после инвазивного лечения в региональных сосудистых центрах.

Показатель выполнения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с ИМПST увеличился с 23,7% в 2008г до 45,1% в 2012г. Реперфузионная стратегия по восстановлению коронарного кровотока при ИМПST применяется у 73,5% больных, в.т.ч. ЧКВ — 45,1%, тромболизис (ТЛТ) — 37,8%. Фамакоинвазивный подход применен у 9,4% больных отдаленных территорий, доставленных на ЧКВ после ТЛТ. В 2012г частота выполнения ЧКВ в округе больным с ИМ достигла 410 на 1 млн. населения.

Заключение: реализация программы «Югра-Кор» на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры позволила улучшить качество оказания медицинской помощи больным с инфарктом миокарда, повысить доступность высокотехнологичных методов лечения.

0489

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Милюков В.Е., Жарикова Т.С.

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

Среди причин смертности и инвалидизации как пожилого, так и работоспособного населения во многих, особенно индустриально развитых, странах мира болезни сердца и сосудов в течение нескольких десятилетий занимают одну из лидирующих позиций. Такие патологии, как ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность наносят наибольший ущерб. В Российской Федерации общая заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС) в 2010 г. увеличилась (по сравнению с 2009 г.) на 1,9%.

Проявления ишемической болезни сердца, возникающие в следствие нарушения коронарного кровообращения, разнообразны. Наиболее распространенные из них — стабильная стенокардия и нарушения сердечного ритма, обуславливающие нарушения системной гемодинамики и снижающие качество жизни пациентов.

Среди современных лучевых методов визуализации поражений коронарных артерий наиболее часто используются рентгеновская коронароангиография, являющаяся «золотым стандартом», и сопоставимые с ней методы, такие, например, как мультиспиральная компьютерная томография с 3D-моделированием. Однако при этих исследованиях верифицируются только изменения макрогемососудов миокарда, в то время как субстратом обеспечения обменных процессов в миокарде является гемомикроциркуляторное русло, морфофункциональные изменения которого определяют изменения структурно-функционального состояния сердечной мышцы.

Если гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий по данным ангиографии не обнаружено, клиническая картина заболевания является основанием для решения вопроса о выборе тактики лечения пациента и определения показаний к хирургическому или консервативному методу лечения.

Таким образом, из запросов клинической практики вытекает необходимость расширения диагностических возможностей лучевых методов обследования больных кардиологического профиля, позволяющих выявить корреляционные связи между изменениями морфометрических показателей сосудов гемоциркуляторного русла миокарда и структурно-функциональным состоянием кардиомиоцитов. Результаты такого исследования позволят более точно интерпретировать данные, полученные в ходе лучевых методов обследования пациентов и объективизировать показания к тому или иному методу лечения, что повысит качество жизни и эффективность реабилитационных мероприятий у кардиологических больных.

0490

ЧАСТОТА АЛЛЕЛЕЙ CYP2C19*2, CYP2C19*3 И CYP2C19*17 У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ АСПИРИНА, ПРИНИМАЮЩИХ КЛОПИДОГРЕЛ

Мирзаев К. Б.,[1] Сычев Д. А.,[1] Грачев А.В.,[2] Князева Г. П.,[2] Казаков Р.Е.

[1]Кафедра клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

[2]«СМ-клиника», Москва

Введение: одной из широко распространенных причин индивидуальной изменчивости ответа на лекарственную терапию является генетический полиморфизм ферментов биотранформации — цитохрома Р450. Фармакокинетика, фармакодинамика и клиническая эффективность клопидогрела в значительной степени зависит от мутации в гене CYP2C19.

Цели: определить частоту полиморфных маркеров CYP2C19*2, CYP2C19*3, CYP2C19*17и сравнить распространенность генотипов и аллелей по CYP2C19*2 у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и здоровых добровольцев.

Материалы и методы: мы обследовали 40 пациентов с ишемической болезнью сердца(ИБС), получающих терапию клопидогрелем и 146 здоровых добровольцев. Носительство полиморфных маркеров CYP2C19*2, CYP2C19*3, CYP2C19*17 определялось методом Real-TimePCR. Точный критерий Фишера был использован для сравнения различий в распределении генотипов и аллелей между больными и здоровыми лицами. Хи-квадрат был использован для сравнения наблюдаемого числа каждого генотипа с ожидаемыми для населения в соответствии с законом Харди-Вайнберга.

Результыты: среди пациентов 20 человек имели генотип CYP2C19 *1/*1 (50%), 12 — генотип CYP2C19 *1/*2 (30,0%), 5 — генотип CYP2C19 *1/*17 (12,5%), 3 — генотип CYP2C19 *17/*17 (7,5%),. Среди здоровых людей по CYP2C19*2: 111 имели генотип CYP2C19 *1/*1 (76,1%), 31 генотип CYP2C19 *1/*2 (21,2%) и 4 человек- генотип CYP2C19 *2/*2 (2,7%). Частота аллели CYP2C19*2 у пациентов с ИБС и у здоровых добровольцев составила 15,0% и 13,3% соответственно (p= 0,323).

Выводы: частота CYP2C19*2 в данном исследовании оказалась выше у пациентов по сравнению со здоровыми добровольцами. Полученные данные, могут быть полезны для разработки рекомендаций по персонализированной антиагрегантной терапии у российских пациентов с ИБС.

0491

РОЛЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-3 КАК ПРЕДИКТОРА ОТСРОЧЕННОГО СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Миролюбова О.А., Яковлева А.С.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель. Оценить возможность использования сывороточного уровня матриксной металлопротеиназы 3 типа (ММР-3) для прогнозирования ухудшения почечной функции в отдаленном периоде после операции аортокоронарного шунтирования без искусственного кровообращения (АКШ без ИК).

Методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов, 23 (76,7%) мужчин и 7 (23,3%) женщин, возраст — 57,9±4,7 г., которым планировалась АКШ без ИК. Уровни сывороточного креатинина (сКр) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD измерялись до АКШ без ИК, через 48 часов, 7 дней и 3 месяца после операции. Наличие острого почечного повреждения (ОПП) оценивалось в точке 48 часов с использованием критериев RIFLE. Сывороточные уровни ММР-3 методом иммуноферментного анализа были измерены до АКШ, через 48 часов и 7 дней после операции.

Результаты. Исходные дооперационные уровни сКр и СКФ составили 80,7±18,6 мкмоль/л и 91,0±23,3 мл/мин/1,73 м2 соответственно, при этом у 4 пациентов (13,3%) СКФ была менее 60 мл/мин/1,73 м2. СКФ не имела значимой динамики в точках 48 часов (103,5±47,6) и 7 дней (98,2±39,0 мл/мин/1,73 м2) после АКШ

без ИК (p=0,460). Было зафиксировано 3 случая (10%) ОПП в стадии риска. Через 7 суток после операции частота СКФ<60 мл/мин/1,73 м2 уменьшилась до 2 случаев (6,7%), p=0,014. Снижение СКФ через 3 месяца после операции имело место у 11 пациентов (36,7%), то есть у каждого третьего — четвертого: снижение в среднем на 17,3 мл/мин/1,73 м2 (95% ДИ 8 — 26 мл/мин/1,73 м2), p=0,006. Фактические уровни сКр и СКФ спустя 3 месяца составили 76,3±19,4 мкмоль/л и 95,2±21,2 мл/мин/1,73 м2 соответственно, СКФ<60 мл/мин/1,73м2 имела место лишь у 1 больного. Сывороточная концентрация ММР-3 до выполнения АКШ без ИК составила 7,1±5,7 нг/мл и имела значимую динамику в точках 48 часов (21,7±10,4) и 7 дней (13,7±6,6), Wilks' Lambda для фактора времени F(2,27)=46,80, p<0,001. Методом повторных измерений установлено, что имелась различная динамика уровней ММР-3 в раннем послеоперационном периоде у пациентов со снижением СКФ через 3 месяца в сравнении с больными, у которых СКФ оставалась прежней или наблюдался ее рост (F(2,27)=3,18, p=0,022). Этот факт использован для построения ROC-кривой: показано, что сывороточный уровень ММР-3, измеренный до выполнения АКШ без ИК, превышающий 6,0 нг/мл (точка разделения), позволяет прогнозировать снижение СКФ через 3 месяца после операции. Чувствительность теста 72,7%, специфичность 80%. Площадь под кривой 0,788 (95% ДИ 0,606 — 0,969), p=0,014. Сывороточные уровни биомаркера ММР-3 в других временных точках, не несли предикторной нагрузки для почечной функции.

Выводы. Низкая частота развития ОПП после АКШ без ИК 10% (3 случая в стадии «риск») свидетельствует о минимальном влиянии методики на функцию почек. С использованием дооперационного уровня ММР-3 получен диагностический тест, позволяющий прогнозировать снижение СКФ в периоде длительного наблюдения пациентов, перенесших АКШ без ИК.

0492

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ В ПРОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ГЕНА ABCG1 НА РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Мирошникова В.В.,[1,2] Пантелеева А.А.,[3] Курьянов П.С.,[1] Демина Е.П.,[2] Вавилов В.Н.,[1] Уразгильдеева С.А.,[4] Гуревич В.С.,[4] Сироткина О.С.,[1,2] Шварцман А.Л.[2]

[1]Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова, Санкт-Петербург; [2]Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова, Ленинградская область, г. Гатчина; [3]Санкт-Петербургский государственный технологический институт, Санкт-Петербург; [4]Центр атеросклероза и нарушений липидного обмена Клинической больницы № 122, Санкт-Петербург

Атеросклероз характеризуется отложением холестерина в интиме артерий с последующим образованием атероматозных бляшек, что приводит к различным нарушениям кровообращения. Антиатерогенные липопротеины высокой плотности (ЛПВП) обладают способностью удалять избыточный холестерин из сосудистой стенки в процессе их участия в обратном транспорте холестерина (ОТХ). Транспортер ABCG1 является необходимым звеном ОТХ: функция данного белка заключается в переносе холестерина из внутриклеточного матрикса на частицы ЛПВП. В промоторной области гена ABCG1 были идентифицированы две однонуклеотидные замены (-134)T<G (rs1378577) и (-204)A<C (rs1893590), которые могут оказывать влияние на уровень экспрессии гена ABCG1 и могут быть ассоциированы с развитием атеросклероза.

Цель исследования: изучение ассоциации полиморфных вариантов (-134)T<G и (-204)A<C гена ABCG1 с развитием атеросклероза.

Методы исследования. Исследование проводилось в двух группах: 1) в группе пациентов с атеросклерозом, подтверждённым методом ангиографии (N=218, 70% мужчин и 30% женщин, средний возраст 52±7 лет; средний возраст первых клинических проявлений 48±7 лет); 2) в контрольной группе, которую составили лица без сердечно-сосудистой патологии (N=374, 70% мужчин и 30% женщин, средний возраст 48±6 лет). Все пациенты и лица, составившие контрольную группу, являлись жителями Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Генотипирование вариантов (-134)T<G и (-204)A<C гена ABCG1 было выполнено с использованием методов аллель-специфической ПЦР и ПЦР с последующим рестрикционным анализом, соответственно.

Результаты исследования. Носительство гаплотипа (-134)TT/(-204)CC было достоверно ассоциировано с повышением концентрации общего холестерина в плазме крови у пациентов (7.26±0.78 vs 5.38±1.20, p<0.05). В то же время значимых различий в частотах вариантов (-134)T<G и (-204)A<C гена ABCG1 между группой пациентов и контрольной группой выявлено не было. Частоты вариантов гена ABCG1 в группе пациентов: (-134)T<G (TT — 55%, TG — 38.5%, GG — 6.5%); (-204)A<C (AA — 42.7%, AC — 44.5%, CC — 12.8%). Частоты вариантов гена ABCG1 в контрольной группе: (-134)T<G (TT — 60%, TG — 31%, GG — 9%); (-204)A<C (AA — 43.5%, AC — 44.3%,

CC — 12.2%). Таким образом, частоты аллелей для популяции Санкт-Петербурга и Ленинградской области составили: (-134)T‹G (T/G — 0.75/0.25); (-204)A‹C (A/C — 0.65/0.35). Корреляции исследованных аллельных вариантов с уровнем холестерина в составе ЛПВП не выявлено.

0493

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ В ПРОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ГЕНА ABCG1 НА РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Мирошникова В.В.,[1,2] Пантелеева А.А.,[3] Курьянов П.С.,[1] Демина Е.П.,[2] Вавилов В.Н.,[1] Уразгильдеева С.А.,[4] Гуревич В.С.,[4] Сироткина О.С.,[1,2] Шварцман А.Л.[2]

[1]Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова, Санкт-Петербург; [2]Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова, Ленинградская область, г. Гатчина; [3]Санкт-Петербургский государственный технологический институт, Санкт-Петербург; [4]Центр атеросклероза и нарушений липидного обмена Клинической больницы № 122, Санкт-Петербург

Атеросклероз характеризуется отложением холестерина в интиме артерий с последующим образованием атероматозных бляшек, что приводит к различным нарушениям кровообращения. Антиатерогенные липопротеины высокой плотности (ЛПВП) обладают способностью удалять избыточный холестерин из сосудистой стенки в процессе их участия в обратном транспорте холестерина (ОТХ). Транспортер ABCG1 является необходимым звеном ОТХ: функция данного белка заключается в переносе холестерина из внутриклеточного матрикса на частицы ЛПВП. В промоторной области гена ABCG1 были идентифицированы две однонуклеотидные замены (-134)T‹G (rs1378577) и (-204)A‹C (rs1893590), которые могут оказывать влияние на уровень экспрессии гена ABCG1 и могут быть ассоциированы с развитием атеросклероза.

Цель исследования: изучение ассоциации полиморфных вариантов (-134)T‹G и (-204)A‹C гена ABCG1 с развитием атеросклероза.

Методы исследования. Исследование проводилось в двух группах: 1) в группе пациентов с атеросклерозом, подтверждённым методом ангиографии (N=218, 70% мужчин и 30% женщин, средний возраст 52±7 лет; средний возраст первых клинических проявлений 48±7 лет); 2) в контрольной группе, которую составили лица без сердечно-сосудистой патологии (N=374, 70% мужчин и 30% женщин, средний возраст 48±6 лет). Все пациенты и лица, составившие контрольную группу, являлись жителями Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Генотипирование вариантов (-134)T‹G и (-204)A‹C гена ABCG1 было выполнено с использованием методов аллель-специфической ПЦР и ПЦР с последующим рестрикционным анализом, соответственно.

Результаты исследования. Носительство гаплотипа (-134)TT/(-204)CC было достоверно ассоциировано с повышением концентрации общего холестерина в плазме крови у пациентов (7.26±0.78 vs 5.38±1.20, p‹0.05). В то же время значимых различий в частотах вариантов (-134)T‹G и (-204)A‹C гена ABCG1 между группой пациентов и контрольной группой выявлено не было. Частоты вариантов гена ABCG1 в группе пациентов: (-134)T‹G (TT — 55%, TG — 38.5%, GG — 6.5%); (-204)A‹C (AA — 42.7%, AC — 44.5%, CC — 12.8%). Частоты вариантов гена ABCG1 в контрольной группе: (-134)T‹G (TT — 60%, TG — 31%, GG — 9%); (-204)A‹C (AA — 43.5%, AC — 44.3%, CC — 12.2%). Таким образом, частоты аллелей для популяции Санкт-Петербурга и Ленинградской области составили: (-134)T‹G (T/G — 0.75/0.25); (-204)A‹C (A/C — 0.65/0.35). Корреляции исследованных аллельных вариантов с уровнем холестерина в составе ЛПВП не выявлено.

0494

РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Мисникова И.В.,[1] Древаль А.В.,[1] Губкина В.А.,[1] Агальцов М.В.,[2] Федорова С.И.[1]

[1]ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

[2]ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Цель: Оценить риск развития апноэ сна у лиц с различными нарушениями углеводного обмена по сравнению с лицами с нормогликемией по Эпфортовскому опроснику сонливости и анкетам скрининга апноэ сна

Материал и методы: В исследование включены 744 человека с повышенным риском развития сахарного диабета 2 типа (СД2), оцененным с помощью опросника FINDRISK (Финляндия). Путем предварительного анкетирования выявлены лица, набравшие 12 и более баллов по шкале данного опросника. Для оценки состояния углеводного обмена всем участникам был проведен оральный глюкозо-толерантный тест с 75 гр. глюкозы и диагностированы СД2, нарушение гликемии натощак (НГН), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и сочетание НТГ и НГН по критериям ВОЗ 1999/2006. Все участники исследования самостоятельно заполнили Эпфортовский опросник сонливости и анкету скрининг апноэ сна Статистическая обработка материала проведена с помощью программы SPSS, версия 16.

Результаты: Среди обследованной выборки выявлено 14,8% больных СД2, 14,7% НГН, 7,6% НТГ и 5,7% сочетание НТГ+НГН. Большинство обследованных имели избыточную массу тела или ожирение (24,5 и 41,4%). У больных с впервые выявленным СД2 относительный риск остановки дыхания во сне был повышен в 3,4 раза [1,5-7], причем после стратификации по ИМТ и возрасту достоверное повышение указанного риска сохранялось..Жалобы на храп чаще встречались у лиц с различными нарушениями углеводного обмена по сравнению с нормогликемией в 1,1-1,2 раза. У больных с артериальной гипертензией риск остановки дыхания во сне был увеличен в 4,7 раза [1,8-12,6]

Заключение: Исследование подтвердило взаимосвязь между развитием нарушений углеводного обмена и риском апноэ сна. Нарушение углеводного обмена, ожирение, артериальная гипертензия являются факторами увеличивающими риск возникновения нарушений дыхания во сне. Необходимо обследовать лиц с СД2 и ранними нарушениями углеводного обмена для ранней диагностики апноэ сна.

0495

ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Михеева Н.В., Пархоменко А.А., Энгибарова О.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», Саратов

Исследования последних лет выявили существенные различия в оказании медицинской помощи мужчинам и женщинам с сердечно-сосудистой патологией.

Цель исследования: изучить влияние пола больных на характер и особенности антитромботической терапии инфаркта мозга на фоне фибрилляции предсердий (ФП) в 2009-2011 гг. и оценить их соответствие современным рекомендациям.

Материалы и методы исследования. Проанализированы особенности терапии пациентов с диагнозом: «Инфаркт мозга, осложненный ФП» в зависимости от пола на основании данных ретроспективного сплошного фармакоэпидемиологического исследования. Изучались истории болезни пациентов, экстренно госпитализированных в неврологические отделения больниц г. Саратова в 2009-2011 г. В специально разработанной индивидуальной регистрационной карте отмечались демографические данные больных, основной диагноз и его осложнения, фармакотерапия.

Результаты исследования. В ходе исследования были изучены истории болезни 62 мужчин и 67 женщин. Соотношение мужчин и женщин было 1:1,1. Средний возраст мужчин составил 68,3±9,9, женщин — 71,9±8,3 лет ($p<0,05$). Достоверной разницы в частоте встречаемости факторов риска (АГ, ИБС, инсульт, ХСН) у мужчин и женщин не выявлено ($p>0,05$). Всем больным инфарктом мозга рекомендуется раннее назначение антиагрегантов, однако, в первые 24 часа стационарного лечения их получали 66,1% мужчин и 68,7 % женщин ($p>0,05$). Раннее назначение нефракционированного, низкомолекулярного гепарина и гепариноидов у таких пациентов не рекомендуется (I, A), но в реальной практике 14,5% мужчин и 13,4% женщин проводилась терапия прямыми антикоагулянтами ($p>0,05$). После перенесенного инфаркта мозга, связанного с ФП рекомендована терапия оральными антикоагулянтами (ОАК) (I, A), однако перед этим необходимо провести КТ или МРТ головного мозга для исключения внутричерепного кровоизлияния. В ходе исследования нейровизуализация была выполнена 88,7% мужчин и 76,1% женщин ($p<0,05$). На практике ОАК (варфарин) получали только 6,5% мужчин и 1,5% женщин ($p>0,05$). В среднем варфарин назначался на 8±5,9 сутки стационарного лечения. Рациональную терапию ОАК в стационаре получали 4 пациента, а 1 больной без показаний принимал ОАК совместно с антиагрегантами. Целевое значение МНО было достигнуто у 2 пациентов. Этим же 5 больным при выписке на амбулаторный этап было рекомендовано продолжить терапию

ОАК, проводимую в стационаре. Пациентам, которым не показана антикоагулянтная терапия, рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты (I, A). В стационаре аспирин получали 93,5% мужчин и 91% женщин, при выписке ацетилсалициловая кислота рекомендовалась мужчинам в 74,2% случаев, женщинам — в 70,1% (p>0,05).

Выводы. Данные проведенного исследования не продемонстрировали существенных различий в характере проводимой антитромботической терапии между мужчинами и женщинами. Количество назначений ОАК остается низким, антитромботическая терапия не соответствует существующим рекомендациям, что, вероятно, связано, с недооценкой риска тромбоэмболических осложнений врачами стационаров и трудностями контроля МНО на амбулаторном этапе.

0496

ВЛИЯНИЕ ГОЛОДАНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Могучая Е.В., Ротарь О.П., Кузнецова М.А., Иваненко В.В., Колесова Е.П., Ерина А.М., Орлов А.В., Бояринова М.А., Дудорова Е.А., Конради А.О., Шляхто Е.В.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Появляется все больше данных о связи низкой массы тела при рождении и задержке роста плода с риском развития метаболических нарушений и сердечно-сосудистых осложнений во взрослой жизни. Цель нашего исследования- оценить влияние голодания на распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов, переживших блокаду Ленинграда в различном возрасте во время Второй мировой войны (1941-1944 гг.).

Дизайн и методы: Было обследовано 305 человек (81 мужчина и 224 женщины). Средний возраст составил 68,9±3,1 лет (64-86). Была сформирована контрольная группа (47 человек): лица, родившиеся в годы Второй мировой войны в других регионах Советского Союза, но не в Ленинграде, и после войны, постоянно проживающие в Ленинграде (Санкт-Петербурге). Все участники были опрошены по анкете относительно образа жизни, факторов риска, сопутствующих заболеваний и терапии. Измерение артериального давления, антропометрия (вес, рост, окружность талии, бедер и шеи) были выполнены по стандартной методике. Глюкоза и липидный спектр сыворотки натощак — на аппарате (Hitachi-902). Проводилось ЭХОКГ исследование на аппарате Vivid 7 и регистрация ЭКГ. Все обследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от момента рождения по отношению к периоду блокады Ленинграда: родившиеся до блокады Ленинграда (260(85,3%) человек) с 1928 по 1941 год и лица, родившиеся во время блокады (45(14,7%)). Информированное согласие было получено от всех участников.

Результаты: Не было получено существенных расхождений в распространенности ССЗ среди жителей блокадного Ленинграда по сравнению с контрольной группой. Только частота развития фибрилляции предсердий (ФП) преобладала в контрольной группе (8(17,0%) и 25 (8,5%), p=0,05). Достоверных различий в распространенности ожирения и нарушения метаболизма глюкозы у пациентов, родившихся до и во блокады не зарегистрировано. Инфаркт миокарда (ИМ) и ФП чаще встречались у мужчин, ИМ: 16 (19,8%) и 16 (7,2%); p=0,002; ФП 13 (16,0%) и 12 (5,3%), соответственно p=0,02. Женщины имели значимо выше распространенность сахарного диабета и нарушений толерантности к углеводам (47 (21%) и 12 (14,8%), p=0,002 по сравнению с мужчинами в группе жителей блокадного Ленинграда.

Выводы: Гендерный анализ выявил более высокую частоту встречаемости сахарного диабета у женщин, а ССЗ (ИМ и ФП) у мужчин. Сравнительная оценка лиц, родившихся до и во время блокады не показала существенных различий в распространенности ССЗ.

0497

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Моисеенко Я.С., Морова Н.А.

ГБОУ ВПО Омская медицинская академия, г.Омск, Россия

Цель: Проанализировать особенности течения современного инфекционного эндокардита (ИЭ)

Методы: В исследование включено 30 больных, проходивших лечение в отделении ревматологии Омской областной клинической больнице в 2008- 2012 г.г. с диагнозом «Инфекционный эндокардит». В исследование включали только тех больных, у которых диагноз был верифицирован на основании обнаружения вегетаций на створках клапанов или протезе сердца с помощью эхокардиографии.

Результаты: Среди больных преобладали мужчины — 19 человек (63,3+8,8%). Средний возраст — 54,7 года. Преобладали лица с первичным ИЭ — 20 человек (66,6+ 8,6%). Из 10 больных с вторичным ИЭ: врожденная патология сердца была у 1 больного, приобретенные пороки сердца (не оперированные) — у 3 больных, протезный ИЭ — 6 больных. В 6 случаях ИЭ развился на фоне внутривенной наркомании — (20,0+7,2%), у двух был поражен митральный клапан, у четырех — аортальный. У всех больных имел место синдром интоксикации. В двух случаях отмечен геморрагический васкулит, в двух — суставной синдром, в трех — нефрит. Эмболические осложнения возникли у 5 больных (эмболия в селезенку — у 1 больного, в почечные артерии — у 1, в сосуды головного мозга — у 2, у 1 — множественная эмболия). Эндокардит митрального клапана встретился у 15 больных (50,0+5,5%) , аортального — у 12 больных (40,0+9,0%), митрально-аортального клапана — у 3 (10,0+5,3%). Воспалительные изменения в крови отмечены у 22 больных (73,4+8,1%), положительной гемокультура была у 11 больных (27,2+7,6%). В 19 случаях (63,3+8,8%) больные обратились за медицинской помощью в сроке более месяца после заболевания. В 18 случаях из 30 (60,0+8,9%) больные госпитализированы со сформированным пороком сердца. Схема антибактериальной терапии, включающая ванкомицин и фторхинолоны, оказалась эффективной в 28 случаях из 30. В тех случаях, когда больные поступили в стационар без признаков порока сердца (12 больных), удалось добиться излечения без его формирования. В тех случаях, когда уже был сформирован порок сердца (18 больных), в 16 случаях удалось добиться купирования активности процесса и перевести больных на хирургическое лечение без лихорадки и признаков выраженного воспалительного процесса.

Выводы:

- В структуре пациентов с ИЭ растет число больных, употребляющих наркотические средства внутривенно.
- Отмечено увеличение среднего возраста больных — 54,7 лет. Преобладают случаи поражения митрального клапана.
- Редко встречаются кожные симптомы и суставной синдром.
- Поздняя обращаемость за медицинской помощью не позволяет предотвратить формирования порока сердца.
- На этапе первичной медицинской помощи лечение ИЭ часто неэффективно, сроки перевода на этап специализированной помощи неоправданно затянуты.
- Характерен низкий процент положительных гемокультур.
- В нашем регионе хороший антиабактериальный эффект получен при назначении ванкомицина и фторхинолонов в 93,3% случаев.

0498

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ИНГАЛЯЦИЯМИ КСЕНОНА

Молчанов И.В., Потиевская В.И., Шебзухова Е.Х.

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва

Современные подходы к ведению больных с острым коронарным синдромом определяют поиск наиболее эффективных и безопасных методов лечения. Одним из этих методов является лечебный наркоз ксеноном.

Целью нашего исследования является определение эффективности включения ксенон-кислородных ингаляций в комплексную терапию острого коронарного синдрома.

Исследования проводились у больных с острым коронарным синдромом, включая пациентов с нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда с неинвазивной стратегией лечения. У всех пациентов перед сеансом ксеноновой терапии оценивалась динамика жалоб и клиническое состояние, во время сеанса проводилось мониторирование АД, ЧСС, сатурации кислорода с помощью пульсоксиметра, транскутанного напряжения кислорода и углекислоты в артериальной крови с помощью транскутанного монитора ТСМ-4 фир-

мы «Радиометр». Во время сеанса дыхания ксенон-кислородной смесью также регистрировались показатели центральной гемодинамики на мониторе «Niccomo». До и после сеанса регистрировалась ЭКГ, определялись показатели тромбоэластограммы на тромбоэластографе TEG-500. Лабораторные методы исследования включали клинический и биохимический анализы крови с определением уровня тропонина Т, КФК, КФКМБ, ЛДГ.

После курса лечения у всех пациентов была достигнута положительная динамика клинического состояния, был полностью купирован болевой синдром, исчезли нарушения ритма. При проведении первого и окончательного сеансов у больных не отмечалось статистически значимых изменений показателей АД и ЧСС, за исключением достоверного увеличения диастолического АД (ДАД) на 10 минуте при проведении первого сеанса и на 20 минуте окончательного, которое не превышало нормальных значений, что свидетельствует о безопасности данного воздействия. Мониторирование показателей газового состава крови во время ингаляций ксенон-кислородной смеси позволило выявить следующие закономерности. Начиная с этапа денитрогенизации достоверно возрастала сатурация крови кислородом, что сопровождалось значительным увеличением транскутанного напряжения кислорода в артериализированной крови. Транскутанное напряжение углекислого газа в крови существенно не менялось. Удалось выявить увеличение сердечного индекса (СИ) на этапе денитрогенизации на при первом сеансе и увеличение ударного объема на 10 мин. окончательного сеанса, а также снижение общего периферического сопротивления (ОПСС) и статистически значимого увеличения СИ на 10 мин. и после окончательного сеанса. Таким образом нами выявлен положительный эффект терапевтического воздействия ксенона на клиническое состояние, а также показатели центральной гемодинамики и кислородного метаболизма у больных острым коронарным синдромом.

0499

ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ОБЪЕМ ПОРАЖЕННОГО МИОКАРДА И ПЕРИИНФАРКТНУЮ ЗОНУ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Морозова А.М., Кухарчик Г.А., Митрофанов Н.А.

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить влияние сроков реваскуляризации у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) на объем пораженного миокарда и периинфарктную зону, определяемые с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца с контрастированием.

Методы исследования. В исследование было включено 62 пациента (50 мужчин и 12 женщин) с первичным ИМпST, подвергшихся ангиопластике и стентированию коронарных артерий. В зависимости от сроков реваскуляризации пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа — 35 больных с реваскуляризацией в срок до 12 часов и 2-ая группа — 27 больных, которым реваскуляризация выполнена в срок более 12 часов (в связи с поздней госпитализацией). Всем пациентам помимо стандартного обследования была выполнена МРТ сердца с контрастированием гадолинием (Магневист®) на магнитно-резонансном томографе «Signa EXCITEHD» 1,5 Тл на 9-11 сутки ИМпST и через 3 месяца.

Результаты. На 9-11 сутки ИМпST индекс массы пораженного миокарда (ИМПМ) в 1-ой группе был 10,69 [7,19;23,45] г/м2, что составило 17,3 [9,7;25,2] % массы пораженного миокарда, во 2-ой группе — 7,52 [4,58; 10,65] г/м2 (p = 0,02 при сравнении с 1-ой группой), что составило 11,3 [8,3;14] % (p = 0,04 при сравнении с 1-ой группой). Больший объем пораженного миокарда в 1-ой группе был обусловлен более частым поражением передней межжелудочковой артерии, чем правой и огибающей, а также проксимальными окклюзиями. Через 3 месяца наблюдения отмечалось снижение объема пораженного миокарда в 1 -ой группе. Так ИМПМ составил 8,61 [5,12;15,78] г/м2, а процент пораженного миокарда 12,5 [8;26] % (p=0,03). Периинфарктная зона исходно определялась у 25 (40,3%) пациентов, при этом она одинаково часто встречалась среди пациентов 1-ой и 2-ой групп (p = 0,49). Через 3 месяца периинфарктная зона сохранялась только у 6 пациентов 2-ой группы (22,2%). В то же время среди пациентов 1-ой группы периинфарктная зона через 3 месяца не была выявлена ни у одного пациента (p = 0,008). У 68% пациентов с наличием периинфарктной зоны выявлены желудочковые нарушения ритма (ЖНР) и только у 29,8% без таковой (p=0,007). К третьему месяцу наблюдения у всех пациентов с сохраненной периинфарктной зоной зарегистрированы ЖНР и у более чем 80% этих больных встречались ЖНР высоких градаций.

Выводы. Раннее выполнение реваскуляризации миокарда у больных ИМпST обеспечивает спасение пограничной (периинфарктной) зоны миокарда и уменьшает объем пораженного миокарда, а, следовательно, сдерживает развитие постинфарктного ремоделирования левого желудочка как основной причины сердечной недостаточности.

0500

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Морозова А.М., Кухарчик Г.А., Митрофанов Н.А.

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Выявить предикторы и разработать прогностическую модель развития неблагоприятного ремоделирования миокарда у больных первичным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Методы исследования. В исследование было включено 62 пациента (50 мужчин и 12 женщин) с первичным ИМпST, подвергшихся ангиопластике и стентированию коронарных артерий. Пациенты получали стандартную медикаментозную терапию. Всем больным помимо общеклинического обследования была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца с контрастированием гадолинием (Магневист®) на магнитно-резонансном томографе «Signa EXCITEHD» 1,5 Тл на 9-11 сутки ИМпST. Статистическая обработка была проведена с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft, Inc. 1984-2001).

Результаты. В ходе проведения регрессионного анализа были определены предикторы неблагоприятного постинфарктного ремоделирования миокарда. Выбор факторов был обусловлен значимостью их влияния на развитие неблагоприятного ремоделирования миокарда при однофакторном анализе. Наиболее значимыми предикторами неблагоприятного ремоделирования миокарда, включенными в прогностическую модель, были (в порядке убывания значимости) многососудистое поражение коронарных артерий (МСП), сердечная недостаточность высоких классов по Killip в первые сутки ИМпST (ОЛЖН), индекс конечного диастолического размера (ИКДР), пол, выполнение реваскуляризации миокарда (Р), наличие зоны микроваскулярной обструкции (МВО), индекс массы пораженного миокарда (ИМПМ), трансмуральное поражение (ТП). Результатом регрессионного анализа было построение математического уравнения со значением Chi-square (8) = 21,654, p = 0,0056.

Неблагоприятное ремоделирование = exp (-4,1 — 0,67*пол — 0,67*Р + 2,66*ОЛЖН + 2,7*МСП + 1,07*ИКДР + 0,09*ИМПМ + 0,62*МВО + 0,06*Тп) / {1 + exp (-4,1-0,67*пол — 0,67*Р + 2,66*ОЛЖН + 2,7*МСП + 1,07*ИКДР + 0,09*ИМПМ + 0,62*МВО + 0,06*Тп)}

Выводы. Выявленные предикторы и разработанная с их учетом математическая прогностическая модель позволяет прогнозировать развитие неблагоприятного постинфарктного ремоделирования миокарда в ранние сроки, что важно для выбора тактики ведения больных ИМпST.

0501

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СООТНОШЕНИЯ «ОБЩИЙ БЕЛОК/КРЕАТИНИН» В МОЧЕ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Морозов Ю.А., Дементьева И.И., Гончарова А.В., Исаева А.М., Чарная М.А.

ФГБУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

Цель работы: изучить особенности соотношения «общий белок/креатинин» в моче в различных группах кардиологических больных.

Материалы и методы. На приборе «URiCKAH-БК» (ЗАО «АО Юнимед», Россия) в моче 150 кардиологических больных определяли концентрацию общего белка (Б, г/л), креатинина (Кр, г/л) и рассчитывали соотношение Б/Кр, приведенное к стандартной концентрации Кр в моче. Изучали демографические и антропометрические характеристики больного, данные функциональных методов исследования.

Результаты. Для женщин были характерны более низкие концентраций Б и Кр в моче, но половых различий в соотношении Б/Кр в моче выявлено не было. Значение Б/Кр мочи линейно увеличивается с возрастом в соответствие с уравнением y = 0,4071x + 0,405, r2 = 0,9107. У больных сахарным диабетом 2 типа, а также после инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения Б/Кр было значимо выше. Несмотря на то, что при наличии гиперфильтрации регистрировались достоверно меньшие значения Б и Кр в моче, Б/Кр было таким же, как и при гипофильтрации. Пациенты с нормальной функцией почек характеризовались достоверно более низкими значениями Б/Кр. Функциональный класс стенокардии не влиял на Б/Кр, однако пациенты с нестабильной или прогрессирующей стенокардией характеризовались наиболее высокими значениями этого показателя. Фракция выброса левого желудочка не оказывала влияния на изу-

ченные параметры, тогда как гипертрофия миокарда левого желудочка ассоциировалась с увеличением Б/Кр. Пациенты с патологией аорты в отличие от больных с атеросклерозом или ревматизмом имели достоверно большие протеинурию (но не концентрацию креатинина в моче) и соотношение Б/Кр.

Заключение. Использование отношения Б/Кр в моче является более точным диагностическим методом, чем простое измерение концентрации белка или креатинина в пробе мочи, и является чувствительным показателем даже к минимальному изменению функции почек у кардиологических больных.

0502

КИНЕТИКА СЕРДЕЧНЫХ БИОМАРКЕРОВ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Морозов Ю.А., Дементьева И.И., Чарная М.А.

ФГБУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» РАМН, Москва, Россия

Цель работы: изучить динамику биомаркеров повреждения миокарда у больных после операций коронарного шунтирования в зависимости от функции почек в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. У больных после операции реваскуляризации миокарда в крови определяли уровень тропонина Т (ТрТ, мкг/л), тропонина I (ТрI, мкг/л), МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК, мкг/л) и миоглобина (Мг, мкг/л) до, через 6, 12, 24, 48 и 72 часа после хирургического вмешательства. Измеряли концентрацию креатинина крови (мг%) и рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин) по формуле Cockroft-Gault. Почечной дисфункцией (ПД) считали снижение СКФ на 1 сутки после операции на 33% и более от исходных значений. Больные были разделены на группу 1 — с ПД и группу 2 — без ПД. Рассчитывали кинетические показатели: величину максимальной концентрации (Cmax, мкг/л); время достижения Cmax (Tmax, час); площадь под кривой «концентрация-время» (AUC, мкг×час/л), отражающую элиминацию биомаркера из плазмы; относительную скорость поступления биомаркера в кровь (Cmax/AUC, час-1); период полувыведения биомаркера (ППВ, час).

Результаты. В группе 1 регистрировалась большая величина Смах для ТрI и МВ-КФК, в то время этот показатель для ТрТ и Мг был примерно одинаковым. Обращал на себя внимание тот факт, что в группах 1 и 2 Тмах для ТрТ было 24, для ТрI — 12 часов, тогда как для МВ-КФК и Мг достижение Тмах происходило в 2 раза быстрее — 12 и 24 часа для МВ-КФК и 6 и 12 часов для Мг в группах 1 и 2 соответственно. Значение AUC, отражающее скорость элиминации биомаркера, достоверно изменялось только для ТрI — 111,4±10,6 и 45,2±5,5 мкг×час/л для групп 1 и 2 соответственно ($p<0,05$). Отношение Смах/AUC было одинаковым для ТрI, МВ-КФК и Мг, тогда как для ТрТ в группе 1 этот показатель оказался в 2 раза ниже, чем в группе 2. ППВ ТрТ и ТрI был одинаковым в группах 1 и 2, а для МВ-КФК и Мг — увеличивался в группе 1 по сравнению с группой 2, в большей степени для Мг.

Заключение. У пациентов со сниженной функцией почек в раннем послеоперационном периоде кинетика сердечных биомаркеров отличается от таковой при сохраненной ренальной функции. Это может быть обусловлено нарушением их выведения через почки. Наличие почечной дисфункции значительно увеличивает период полувыведения МВ-КФК и миоглобина, а также нарушает кинетику тропонина I, но не тропонина Т. Поэтому в оценке динамики сердечных биомаркеров после кардиохирургических операций необходимо иметь в виду и состояние функции почек, так как недоучитывание развившейся ренальной дисфункции может привести к гипердиагностике инфаркта миокарда.

0503

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ

Мощенко Ю.П.,[1] Сапотницкий А.В.[2]

[1]УЗ «Барановичская детская городская больница», Барановичи, Республика Беларусь

[2]ГУО ««Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре кардиологических патологических состояний. Работа с детьми требует значительного времени на протяжении

всего периода диспансеризации в кардиоревматологическом кабинете.

Цель исследования — изучение структуры врожденных пороков сердца (ВПС) и сосудов у детей и подростков, состоявших на диспансерном наблюдении кардиоревматологического кабинета города Барановичи в 2010-2012 годах.

Методы исследования. Был проведен аналитический обзор медицинской документации: амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники №1 города Барановичи за период 2010-2012 годов и годовых статистических отчетов.

Результаты и обсуждение. Было обнаружено увеличение числа детей с ВПС: так в 2010 году на учете состояло 284 ребенка, в 2011 — 298, а в 2012 — 300 детей. Важно отметить рост впервые выявленных ВПС: так, если в 2010 ВПС были впервые диагностированы у 31 ребенка, то в 2011 уже у 50, а в 2012 — у 70 детей. Ведущее место в структуре ВПС заняли дефекты внутрисердечных перегородок. В сумме септальные дефекты выявлены у 168 детей в 2010 году (что составило 59% от всех наблюдаемых детей с ВПС), у 194 в 2011 (65%) и у 174 (57,6%) в 2012 г., Обнаружен существенный рост числа детей с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП): 75 детей в 2010 году, 107 в 2011 и у 136 детей в 2012 году. Число детей с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) наоборот имело тенденцию к снижению. С данным пороком наблюдались 93 ребенка в 2010 г., 87 в 2011 г. и 38 детей в 2012 г.

Стабильной остается встречаемость открытого артериального протока: 21, 22 и 16 детей в 2010,2011,2012 годах соответственно. Имеется тенденция к росту аномалии легочной артерии (больше стеноз лёгочной артерии): в 2010 г. они зарегистрированы у 12 детей, в 2011 — у 17, и у 18 в 2012 году. Порочно развитые с рождения состояния аорты (стеноз и коарктация) выявлены у 14,20,11 детей в 2010,2011,20102 годах соответственно. Аномалии митрального клапана остаются единичными: 2 ребенка в 2010, 3 в 2011, 4 в 2012 году. Выявлена тенденция к уменьшению числа детей с тетрадой Фалло, что можно связать с улучшением пренатальной диагностики. С данным ВПС наблюдались 10 детей в 2010 году, 8 в 2011 и 5 детей в 2012. Число детей с транспозицией магистральных сосудов остается стабильным: за последние 3 года на учете продолжают оставаться 4 ребенка. Число детей с другими ВПС(аномалия Эбштейна, АВ-коммуникации, гипоплазии левого желудочка, полный аномальный дренаж лёгочных вен, и др.) составило 35,20 и 43 в 2010,2011,20102 годах соответственно.

Выводы. В 2010-2012 годах отмечается рост числа детей с ВПС. В структуре ВПС у детей и подростков ведущее место занимают дефекты перегородок (ДМЖП и ДМПП).

0504

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА

Измайлова Э.Т., НовгородоваК.А., Мукашева З.Ж., Воробьева С.Н., Соболева О.О.

ФГБУ ФЦ ССХ Минздрава России (г. Астрахань)

В структуру Центра входит консультативно-диагностическое отделение, в задачи которого входит прием и отбор больных, направленных на кардиохирургическое лечение, консультации сложных пациентов по ОМС и обратившихся самостоятельно на платной основе. В течение дня через каждый врачебный кабинет проходит около 17 пациентов. Стоит отметить, что большинство из них имеют сложное клиническое течение заболевания и значительную сопутствующую патологию, способную ухудшить исход операции, что требует от врача повышенного внимания и большего времени на осмотр. Кроме того, различные источники финансирования пациентов (ОМС, ВМП, платные услуги) имеют свои обязательные особенности оформления медицинской документации. Таким образом, общепринятый круг обязанностей и профессиональных навыков медицинской сестры амбулаторного звена требует значительного расширения, для экономии времени и повышения качества, предоставляемой медицинской помощи врачом.Кабинет кардиолога оборудован двумя компьютерными рабочими местами для того,чтобы доктор и сестра могли независимо друг от друга делать свою работу. Это позволяет экономить время , позволяя доктору корректировать свои записи или знакомиться с результатами осмотра пациента, в то время как медицинская сестра вносит рутинные данные и проводит антропометрию пациента.В задачи медсестры, помимо стандартного измерения АД , ЧСС, сатурации и т.д. входит первичный сбор жалоб и анамнеза с уточнением приема препаратов(с учетом предстоящего оперативного лечения), и подробный анамнеза жизни. Сестра уточняет и проверяет наличие у больного результатов обследования, подтверждающих основной диагноз — протоколы ВЭМ, ХМ- экг, выписки из стационаров и результаты анали-

зов, обращая внимание врача на наличие патологических изменений в них. Все эти данные сразу вносятся в компьютер, создавая первичный осмотр кардиолога в электронном виде. Следующим этапом сестра делает назначения в электронном виде на стандартные обследования, обязательные для принятия решения о необходимости кардиохирургического лечения (ЭКГ, ЭХОКС, УЗИ БЦА) инаправляет пациента на них. Кардиолог, успевший ознакомиться за это время с представленными выписками, уточняет жалобы и анамнез заболевания, проводит осмотр, во время которого сестра вносит эти данные с его слов в амбулаторную электронную карту. Также, врач дополняет при необходимости других дообследований, список назначений на исследования (ФВД, УЗИ почек, консультации).После прохождения дообследований, врач выносит окончательно заключение и проводит беседу с пациентом и родственниками.В случае предстоящей госпитализации медицинская сестра еще раз проверяется наличие необходимых результатов анализов и сроки их годности, при их отсутствии направляет на дообследование. Стоит отметить, что она может провести забор крови, согласно принятому в Центре стандарту. Благодаря такой организации рабочего процесса, у врача кардиолога есть достаточно времени, чтобы подробно расспросить, доступно объяснить и обсудить с пациентом и его родственниками все аспекты заболевания и предстоящего оперативного лечения, в том числе, используя наглядные материалы (плакаты, макеты и т.д.), а также продумать и назначить адекватную медикаментозную терапию, что приводит в повышению качества обслуживания и достоверно повышает рейтинг и популярность клиники среди пациентов и врачей.

0505

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель. Оценить приверженность к лечению и влияние депрессии у больных коронарной болезнью сердца (КБС). Материалы и методы. Проанализировано 325 амбулаторных карт больных КБС (средний возраст 53,5±8,8 лет). Медикаментозную терапию (МТ) получали 144 (44,3%) пациента; 181 (55,7%) проведена реваскуляризация миокарда, включавшая чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) у 103 (56,9%) больных и коронарное шунтирование (КШ) — у 78 (43,1%). Изучена частота приема препаратов, улучшающих прогноз больных КБС исходно и через 5 лет. С целью изучения влияния депрессии на приверженность к лечению у 121 больного (МТ — 60 (49,6%) чел., ЧКВ — 38 (31,4%), КШ — 23 (19%)), консультированных психотерапевтом была использована шкала BDI. Пациентам также предлагалось оценить свою готовность в выполнению медикаментозных рекомендаций по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Результаты. Исходно частота приема препаратов в группах не различалась: ацетилсалициловую кислоту (АСК) получали 82,6% пациентов МТ, 85,4% — ЧКВ и 79,5% — КШ. Бета-адреноблокаторы (БАБ) принимали 80,5%; 80,6% и 70,5% и статины 72,2%, 83,4% и 71,8% больных соответственно. Спустя 5 лет около половины всех больных прекратили прием основных препаратов, однако в группе ЧКВ процент больных придерживающихся медикаментозного режима был достоверно выше, по сравнению с группами МТ ($p<0,01$) и КШ ($p<0,05$). Приверженность к антиагрегантной терапии сохранили 52,8% больных МТ, 59,8% — ЧКВ ($p<0,05$) и 50,0% — КШ. Прием БАБ продолжили 43,3% пациентов МТ, 55,4% — ЧКВ ($p<0,05$) и 45,7% — КШ. Статины через 5 лет принимали 41,3%, 55,4% ($p<0,05$) и 48,6% больных соответственно. По шкале ВАШ во всех группах больных отмечалась довольно высокая готовность к выполнению медикаментозных рекомендаций: МТ — 85,2±18,6; ЧКВ — 86,8±16,1; КШ — 85,6±21,8. Степень депрессии по шкале BDI в группе МТ составила 16,41±10,55 балла, в ЧКВ — 10,39±7,24 балла и в КШ — 13,69±7,47 балла. Необходимо отметить, что степень депрессии по шкале BDI была достоверно выше в группе МТ (16,41±10,55) по сравнению с группой ЧКВ (10,39±7,24), $p<0,001$. Эти данные согласовывались с результатами более высокой приверженности к лечению в группе ЧКВ и указывали на влияние выраженности степени депрессии на приверженность к медикаментозной терапии. Выводы. Таким образом, около половины больных КБС через 5 лет прекращают рекомендованную терапию, однако среди них наиболее приверженными к лечению остаются пациенты, перенесшие ЧКВ, а уровень депрессии оказывает определенное влияние на приверженность к терапии. Данные ВАШ не отражают истинную картину приверженности к терапии у больных КБС, а свидетельствуют о стремлении к созданию при обследовании социально одобряемого адаптационного образа «Я» в ситуации болезни.

0506

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ACE, HPA1 И P2RY12 И ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Муслимова Э.Ф., Реброва Т.Ю., Сергиенко Т.Н., Афанасьев С.А., Репин А.Н.

ФГБУ «НИИ кардиологии», Томск

Цель исследования: выявить связь полиморфных вариантов I/D гена ACE, 1565T-C гена ITGB3 и H1/H2 гена P2RY12 с факторами риска неблагоприятного течения ИБС после стентирования коронарных артерий.

Методы исследования. Обследовано 150 пациентов обоего пола с хронической ИБС (средний возраст составил 57,9±10,1 лет), перенесших процедуру стентирования коронарных артерий. У пациентов определяли аллельные варианты полиморфизмов I/D гена ACE, 1565T-C гена ITGB3 и H1/H2 гена P2RY12. Для этого выделяли ДНК из лейкоцитов периферической крови коммерческим набором «Wizard® Genomic DNA Purification Kit» («Promega», USA), затем проводили аллель-специфичную ПЦР с использованием праймеров производства НПФ «ЛИТЕХ» (г. Москва). Детекцию продуктов ПЦР осуществляли электрофоретически в 3% агарозном геле. Статистический анализ проводили с использованием критерия X2 Пирсона для качественных данных и Манна-Уитни для количественных данных в пакете программ SPSS v.13. Различия считались статистически достоверными при $p<0,05$.

Результаты. В обследованной выборке пациентов частоты генотипов II, ID, DD гена ACE составили 23,3%, 46,7% и 30,0%, соответственно. Частоты генотипов TT, TC, CC гена ITGB3 — 65,3%, 31,3% и 3,3%. Частоты генотипов H1H1 и H1H2 гена P2RY12 составили 74,7% и 25,3%. Распределение частот генотипов всех изучаемых генов соответствует равновесию Харди-Вайнберга.

У носителей генотипов DD гена ACE и TT гена ITGB3, по сравнению с носителями других вариантов полиморфизмов I/D и 1565T-C, частота дислипидемии выше ($p=0,044$ и $p=0,034$, соответственно). Кроме того, пациенты с генотипом TT, в среднем, имеют более высокий уровень триглицеридов ($p=0,016$). Однако среди носителей генотипов TC и CC гена ITGB3 по сравнению с носителями генотипа TT чаще встречаются лица с ожирением ($p=0,014$) и гипертрофией левого желудочка ($p=0,039$). Среди пациентов с аллелем D выше уровень фибриногена, чем среди гомозигот по аллелю I гена ACE ($p=0,028$). Для пациентов с генотипом H1H2 гена P2RY12 выявлена только его ассоциация с недостаточным подавлением активности тромбоцитов аспирином ($p=0,046$).

Выводы. Таким образом, показана связь полиморфных вариантов генов ACE, ITGB3 и P2RY12 с дислипидемией, ожирением, гипертрофией левого желудочка, уровнем фибриногена и недостаточной эффективностью аспирина, являющимися факторами риска развития повторного ИМ, рестенозов и тромбозов стентов, прогрессирования атеросклероза у больных хронической ИБС, перенесших стентирование коронарных артерий.

0507

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ СИНКОПЕ

Нагорная Н.В., Тонких Н.А., Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В., Конопко Н.Н., Дубовая А.В.

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

Цель: изучение психоэмоционального и антиоксидантного статуса у детей с синкопальными состояниями кардиоваскулярного генеза.

Методы: обследованы 254 ребенка (140 девочек и 114 мальчиков) от 2 до 18 лет с обмороками кардиоваскулярного генеза: 105 чел. с вазовагальными синкопе, 32 чел. с нарушениями сердечного ритма и проводимости, 7 чел. со структурной патологией сердца. Комплексную оценку психоэмоционального статуса проводили по опроснику В.В. Седнева (1997) и цветовому тесту Люшера (Ю.Б. Максименко, 2004). Состояние антиоксидантного статуса организма определяли по биохимическим показателям крови: лактата в плазме крови, лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в эритроцитах колориметрическим методом на автоматическом анализаторе по A. R. Henderson, 2001, малонового диальдегида (МДА) в плазме крови — колориметрическим методом на автоматическом анализаторе по В.В. Рогожину и соавт., 2004, восстановленного глутатиона (GSH) в эритроцитах — спектрофотометрическим методом по N. Beutler, 2000. Ста-

тистическую обработку результатов исследования проводили классическими математическими методами вариационной статистики.

Результаты: особенностями психоэмоционального статуса детей с кардиоваскулярными синкопе (КВС) были: интровертированность (60,0±4,1 %); повышенный уровень тревожности (57,6±4,1 %); конфликтность (46,5±4,2 %), что вероятно связано с большим эмоциональным переживанием ситуации потери сознания, обусловленной невозможностью осознания причины синкопе. Наибольший уровень тревожности выявлен у детей с аритмиями (68,8±8,2 %). Согласно полученным данным, 41,7±4,1 % пациентов с КВС имели нарушения сна в виде трудностей засыпания, беспокойного сна, раннего пробуждения. При этом диссомнии среди больных с КВС достоверно чаще отмечали пациенты с аритмогенными синкопе (59,4±8,7 % детей, p<0,001). У каждого четвертого ребенка с аритмиями (25,0±7,7 %) вышеуказанное сопровождалось наличием признаков скрытой депрессии. Обращало внимание снижение работоспособности различной степени выраженности практически у всех детей с КВС (97,2±1,5 %). Следует отметить, что у 82,6±3,1 % обследованных зарегистрировано состояние хронического стресса. Все пациенты имели достоверное повышение уровня лактата в плазме крови (100,0±0,0 %), что свидетельствует о наличии гипоксии тканей. У 62,0±6,9 % больных констатировано достоверное снижение активности ЛДГ. У 80,0±5,7 % детей с КВС уровень GSH был снижен, при этом у 25,0±8,2 % — более, чем в 2 раза.

Выводы: особенностями психоэмоционального статуса детей с КВС являются: интровертированность (60,0 %), повышенный уровень тревожности (57,6 %), конфликтность (46,5 %), нарушение сна (41,7%), астения (34,7 %), дисбаланс перекисных и антиоксидантных процессов (100,0 %), что является основанием для проведения курса вегетостабилизирующей и антиоксидантной терапии.

0508

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАДИОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В РАЗВИТИИ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Нагорная Н.В., Конопко Н.Н., Тонких Н.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Цель: изучить значение количественной и качественной характеристики идиопатической экстрасистолии (ИЭС) в развитии аритмогенных осложнений у детей.

Материал и методы: обследованы 196 детей в возрасте от 2 недель до 18 лет (118 мальчиков, 78 девочек) с ИЭС. Комплекс обследования включал стандартную ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ в 12 отведениях, допплерэхокардиографию, тредмилл-тест, ортостатическую пробу.

Результаты: благоприятное клиническое течение ИЭС констатировано у 116 пациентов: исчезновение экстрасистолии (ЭС) – у 14 (12,1±3,0 %) чел., уменьшение ее количества – у 102 (87,9±3,0 %) чел.; неблагоприятное: развитие аритмогенных осложнений (дилятация полостей сердца, пароксизмальная тахикардия, сердечная недостаточность) – у 49 пациентов; неопределенное (отсутствие осложнений, положительная и/или отрицательная динамика в клинической, электрокардиографической, эхокардиографической характеристике ЭС) – у 31 пациента. У обследованных зарегистрировано от 1 до 50 тысяч экстрасистолических комплексов в сутки. У 38,8±3,5% пациентов – более 10 тысяч, при этом у 53,1±6,3% чел. – с наличием осложнений, что было достоверно чаще в сравнении с благоприятным течением (23,3±4,1%; p<0,01). Обращало внимание, что 18,4±4,1% пациентов с осложнениями имели до 5 тысяч ЭС в сутки. Частота желудочковой ЭС (56,4±3,9 %) была больше в сравнении с наджелудочковой (43,6±3,9 %), не достигая степени достоверности. Желудочковая топика достоверно чаще в сравнении с наджелудочковой (p<0,05) регистрировалась у пациентов с неблагоприятным (61,2±6,5 и 38,8±5,6) и неопределенным (64,5±8,6 и 35,5±8,6 %) течением ИЭС.

Выводы:: полученные данные доказывают возможность неблагоприятного течения ИЭС у детей с различным количеством экстрасистолических комплексов (от 1 до 50 тысяч за сутки), что свидетельствует об относительном прогностическом значении количественной характеристики ЭС. Исследование подтверждает, что желудочковая ЭС достоверно чаще регистрируется у детей с осложнениями ИЭС.

0509

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Нагорная Н.В., Дубовая А.В., Лавриненко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Первичная кардиомиопатия (ПКМП) имеет неблагоприятный прогноз вследствие высокого риска внезапной сердечной смерти, возникновения жизнеугрожающих состояний, прогрессирования сердечной недостаточности. Нарастающая значимость симптомов заболевания сопряжена с усугубляющимися нарушениями гемодинамики и обусловливает большую отягощенность стрессовыми ситуациями, которые на измененном соматическом фоне могут влиять на психоэмоциональное состояние пациента.

Цель работы: оценить психоэмоциональный статус детей с ПКМП.

Материалы и методы. У 21 больного в возрасте от 6 до 18 лет с ПКМП (16 чел. — гипертрофическая, 5 чел. — дилатационная), наблюдающихся в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, проведена оценка психоэмоционального статуса с использованием опросника В.В. Седнева и цветового теста Люшера. Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с расчетом показателя ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У 19 (90,5%) чел. были выявлены следующие изменения в психо-эмоциональном статусе: у 17 (80,1%) чел. — повышенный уровень тревожности, у 16 (76,2%) чел.– астения, у 14 (66,7%) чел. — нарушения сна, у 9 (42,9%) чел. — конфликтность, у 6 (28,6%) чел. — скрытая депрессия. У 76,2% обследованных документировано состояние хронического стресса. Обращало внимание, что 14 (66,7%) чел. имели проявления интроверсии, а 7 (33,3%) чел. — экстраверсии. Доказано наличие прямой сильной связи между тяжестью течения ПКМП и выраженностью астении ($r = 0,985$), тревожности ($r = 0,915$), диссомнии ($r = 0,903$).

Выводы. У 90,5% пациентов с ПКМП констатированы изменения психо-эмоционального статуса, проявляющиеся тревожно-астеническим синдромом, диссомнией, конфликтностью, депрессией. 76,2% детей живут в состоянии хронического стресса. Полученные данные обусловливают важность коррекции психоэмоционального статуса у детей с ПКМП.

0510

НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Найден Т.В., д.м.н. Бартош-Зеленая С.Ю.

ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, РФ

Цель — определить уровень гомоцистеина (ГЦ), частоту встречаемости и степень гипергомоцистеинемии (ГГЦ) у пациентов с мультифокальным атеросклерозом (МФА).

Материалы и методы: Основную группу составили 164 пациента мужского пола в возрасте 45-59 лет, у которых на основании данных комплексного лабораторного и инструментального исследования был выявлен МФА. В контрольную группу вошли 40 здоровых мужчин. Статистически значимых различий возраста пациентов в основной и контрольной группах ($p=0,22$) получено не было.

Критериями исключения из исследования служили: наличие острой и хронической почечной недостаточности, онкологических и аутоиммунных заболеваний, патологии щитовидной железы и надпочечников.

Уровень гомоцистеина (ГЦ) крови определялся иммунохемилюминесцентным методом с помощью наборов реагентов фирмы «DRG International Inc.» (США). Содержание ГЦ ‹ 15 мкмоль/л считали нормальным [Clinical and Laboratory Standarts Institute, CLSI, 2005]. При повышении уровня гомоцистеина от 15 до 30 мкмоль/л диагностировали умеренную ГГЦ, от 30 до 100 мкмоль/л — ГГЦ средней степени, ›100 мкмоль/л — тяжелую ГГЦ [Refsum H. at al., 2004].

Результаты. Среди пациентов с МФА средний уровень ГЦ составил 38,3 ± 3,07 мкмоль/л, тогда как в контрольной группе у здоровых лиц — 13,48 ± 1,17 мкмоль/л ($p=0,002$). У 135 (82%) обследованных основной группы выявлена ГГЦ, тогда как в контрольной группе ГГЦ обнаружена у 11 (28%) человек ($p=0,012$).

Умеренная ГГЦ определялась у 67 (41%) пациентов основной группы. ГГЦ средней степени выявлена у 54 (33%) лиц с МФА. У 14 (8%) пациентов с МФА обнаружена ГГЦ тяжелой степени.

В контрольной группе лица с ГГЦ в подавляющем большинстве (10 человек, 25%) имели умеренную ГГЦ, и только 1 человек (2%) — ГГЦ средней степени, тогда как случаев тяжелой ГГЦ выявлено не было.

Выводы. Уровень ГЦ у обследованных лиц мужского пола значимо различался и был почти в три раза выше у больных с МФА по сравнению с группой контроля.

Высокая частота встречаемости ГГЦ у лиц с МФА (82%) определяет необходимость исследования уровня ГЦ у пациентов данной категории.

Большая частота встречаемости ГГЦ средней и тяжелой степени (41%)у лиц с МФА предполагает наличие атерогенных механизмов, при которых ГГЦ может рассматриваться как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.

0511

РОЛЬ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ МИОКАРДА В ФОРМИРОВАНИИ ЕГО ПОВЫШЕННОЙ АДАПТАЦИОННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ИШЕМИЧЕСКОМУ-РЕПЕРФУЗИОННОМУ ПОВРЕЖДЕНИЮ

Нарыжная Н.В., Ващинова Я., Маслов Л.Н., Колар Ф.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск; Институт физиологии Чешской Академии Наук, Прага

Ранее обнаружено, что миокард крыс, адаптированных к хронической нормобарической гипоксии, приобретает повышенную устойчивость к ишемическому-реперфузионному повреждению. Цель исследования — изучение роли в этом процессе опиоидных рецепторов миокарда. Эксперименты были проведены на крысах Вистар массой 300-350 г. Адаптацию к хронической нормобарической гипоксии проводили в течение 21 дня при непрерывном поддержании уровня кислорода 12%. Изолированные кардиомиоциты адаптированных и контрольных крыс подвергали ишемии методом метаболического ингибирования кислородного дыхания на 30 минут и последующей 30-минутной реперфузии. Выживаемость клеток определяли микроскопически, при окраске трипановым синим. О роли μ и δ-опиоидных рецепторов в защитном эффекте судили по выраженности протекторного эффекта адаптации на фоне селективной блокады указанных рецепторов. Для этого за 25 минут до моделирования ишемии в инкубационную среду изолированных кардиомиоцитов добавляли один из блокаторов опиоидных рецепторов: блокатор всех типов опиоидных рецепторов налтрексон в концентрации 1мкМ, селективный блокатор μ-опиоидных рецепторов CTAP (1мкМ), селективный блокатор δ-опиоидных рецепторов TiPP ψ (0,1мкМ), селективный блокатор δ2-опиоидных рецепторов налтрибен (10мкМ).

Исследования показали, что ишемия вызывает гибель 15,1$\pm$0,6% клеток, выделенных из миокарда контрольных крыс. При этом при ишемии погибают лишь 6,7$\pm$0,7% кардиомиоцитов, выделенных из миокарда крыс, адаптированных к хронической гипоксии. При добавлении в инкубационную среду кардиомиоцитов адаптированных крыс блокатора всех типов опиоидных рецепторов налтрексона, ишемия вызвала гибель 11,1$\pm$1% клеток, что говорит о зависимости кардиопротекторного эффекта адаптации к гипоксии от активации опиоидных рецепторов. При селективном ингибировании μ-опиоидных рецепторов пост-ишемическая гибель кардиомиоцитов адаптированных крыс составила 10,34$\pm$2,1%, при селективной блокаде δ-опиоидных рецепторов этот показатель оказался 9,52$\pm$1%, а ингибирование δ2-пула опиоидных рецепторов приводило к увеличению гибели изолированных кардиомиоцитов адаптированных крыс до 10,67$\pm$0,9%. При добавлении указанных блокаторов опиоидных рецепторов в инкубационную среду кардиомиоцитов, выделенных из миокарда крыс контрольной группы, значимых изменений выживаемости клеток при ишемии-реперфузии не происходило.

Результаты исследования свидетельствуют о важной роли как μ-, так и δ-опиоидных рецепторов кардиомиоцитов в защитном эффекте адаптации к хронической нормобарической гипоксии при ишемии-реперфузии.

0512

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Науменко Е.И., Самошкина Е.С., Назарова И.С.

Медицинский институт МГУ им. Н. П.Огарева, ГУЗ «ДРКБ», Саранск

Цель работы: анализ причин, клиника и терапия сердечной недостаточности (СН) у новорожденных детей.

Методы: клиника, ЭКГ, ЭХОКГ данные у 170 новорожденный с СН. Критерий отбора — наличие симптомов СН.

Результаты: у 61,7% новорожденных диагностированы ВПС, у 27,5% — синдром постгипоксической дезадаптации (ПГД) сердечно-сосудистой системы, у 7,2% — ишемия миокарда, кардит, кардиомиопатия. Синдром ПГД представлен: персистированием фетальных коммуникаций (40%), транзиторной дисфункцией миокарда -39% (у 63% с ее снижением и у 37% с ее высокими показателями), у 21% дизритмическим вариантом.

Симптомы СН были у 47 (61%) с ВПС и у 30 (39%) с ПГД: цианоз носогубного треугольника (68%) реже кончиков пальцев рук, преимущественно при нагрузке, периферический цианоз у больных с «синими» ВПС, бледность (32%), мраморность кожных покровов (84%), утомляемость и одышка при кормлении (84%), одышка в покое (28%), хрипы в легких — имели 12% детей; увеличение печени до +4 у 29%, пастозность стоп у 22% новорожденных. С учетом критериев СН у новорожденных и грудных детей (Шарыкин А.С.), СН I степени установлена у 72%, II у 22%, III ст. у 6% новорожденных, дети с IV ст. находились в отделении реанимации и в наше исследование не входили. В лечении СН использовали-верошпирон начинали с диуретических доз (1,5-2-2,5 мг/кг/сут в 2 приема) с постепенным переходом на небольшие (0,5-1 мг/кг/сут) и назначали всем новорожденным с СН. Фуросемид (1-3 мг/кг/сут) — детям с признаками задержки жидкости. Дигоксин назначали в/м из расчета 0,03 мг/кг в 3 введения в течение 1-2 дней при СН III ст., с переходом на прием внутрь 0,01 мг/кг/сут в 2 приема (методические рекомендации НЦССХ им. А.Н.Бакулева). При стабильном состоянии сразу начинали с поддерживающих доз. Дигоксин показан при клинических признаках СН со снижением систолической функции левого желудочка. Мы считаем, что у детей раннего возраста с септальными ВПС это препарат выбора. Ингибиторы АПФ назначали большинству новорожденных с СН: каптоприл 3 раза в день в дозе от 0,3 до 1,5 мг/кг/сут, реже эналаприл. Бета-блокаторы мы использовали только как дополнение к этой стандартной терапии при II (не более) стадии СН. Предпочтение отдавали обзидану, который назначали в дозе 0,5-0,7 мг/кг/сут (максимально до 1 мг/кг/сут). Безусловным показанием к назначению этой группы является ГКМП, некоторые ВПС. Обязательным было назначение метаболической, антигипоксической и антиоксидантной терапии: элькар, карнитина хлорид, мексидол, кудесан, рибоксин, панангин.

Выводы: СН у новорожденных осложняет течение не только ВПС, но и нередко синдром ПГД сердечно-сосудистой системы. Данные изменения требует своевременного выявления, комплексной терапии, динамического наблюдения.

0513

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Науменко Е.И., Князева С.В.

Кафедра педиатрии Медицинского института ГОУВПО «Мордовский госуниверситет им.Н.П. Огарева, ДРКБ, Саранск

Цель: анализ аритмий у новорожденных детей.

Материалы и методы исследования: 100 новорожденных детей первых 10 дней жизни, находившихся на стационарном обследовании и лечении в ДРКБ г. Саранска. Критерий отбора — нарушения ритма сердца на ЭКГ и отсутствие органической патологии сердечно- сосудистой системы.

Результаты: по нашим данным у обследованных новорожденных чаще регистрировалось урежение синусового ритма — синусовая брадикардия-38,4% (min ЧСС- 83 уд/мин), эпизоды синусовой брадиаритмии-20,2%, несколько реже синусовая тахикардия- 31,3% (мах ЧСС- 190 уд/мин), экстрасистолия- 6,1% (преобладали суправентрикулярные экстрасистолы — 83%). У недоношенных детей чаще регистрировалась синусовая тахикардия (ТХК, $p<0,05$), чем у доношенных, а синусовая брадикардия наоборот реже (30,6% и 46% соответственно, $p<0,01$). Редкими были такие нарушения ритма — пароксизмальная тахикардия (ПТ), отказ сину-

сового узла (СУ) — диагностированы только у недоношенных (n=1 соответственно), 2 случая фибрилляции предсердий, а миграция водителя ритма (МВР) у 1 доношенного новорожденного. У 33% новорожденных регистрировались нарушения проведения: синоатриальная блокада (САБ 18,3%), атриовентрикулярная блокада 1 степени (АВБ 12,1%), нарушение внутрипредсердного проведения (6,1%). Среди других ЭКГ изменений наиболее часто (особенно у недоношенных) регистрировались изменения электрической систолы — 18,2% (преимущественно это удлинение, и только у 1 ребенка было укорочение), обменные нарушения (14%), перегрузка правого желудочка (7,1%). Суточное мониторирование ЭКГ проведено 23 новорожденным. По нашим данным средняя ЧСС за время суток была в пределах нормы. Интервал QT не превышал 440 мс у 95% детей, QTc имел нормальное значение. Максимальная пауза ритма составила 1200 мс (у 1 ребенка). Короткие эпизоды МВР зарегистрированы у 20%, у 30% СА блокада. У всех обследованных была экстрасистолия (ЭС): 70% с узким QRS и 30% с широким QRS, у 40% детей количество ЭС не превышало норму (не более 5 за сутки), у 20% их количество 7-16, у остальных ЭС от 30 до 8340 за сутки, в т.ч. были зарегистрированы ранние предсердные ЭС, временами блокированные, иногда с аберрацией желудочкового комплекса.

Выводы: таким образом, аритмии и другие изменения на ЭКГ у новорожденных без органического поражения сердца регистрируются достаточно часто. Для более точной диагностики нарушений ритма, оценки вариабельности ритма, новорожденным показано проведение суточного мониторирования ЭКГ.

0514

АНАЛИЗ ЭХОКГ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Науменко Е.И., Тумаева Т.С., Пиксайкина О.А.

Медицинский институт «МГУ им. Н.П.Огарева», ГУЗ ДРКБ, Саранск

Цель исследования: оценить показатели ЭХОКГ у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Методы: анализ 90 историй болезни недоношенных новорожденных — 1 группа — дети с очень низкой массой тела (меньше 1500г n=53) и экстремально низкой массой тела (1000г и менее n=7) и 2 группа — недоношенные дети с низкой массой тела (больше 1500г n=30).

Результаты: размеры предсердий значимо отличаются в исследуемых группах ($p<0,001$), также и размеры левого желудочка ($p<0,001$). При оценке сократительной способности миокарда мы использовали показатели фракции выброса (ФВ) и глобальной сократимости (ΔS). Показатели ФВ повышены в 1 группе (74,15±0,93), против 2 группы (69,92±1,93, $p<0,05$). С одинаковой частотой в обеих группах зарегистрировано увеличение ФВ (у 38,7% детей 1 и 34,5% детей 2 группы, $p>0,05$) и ΔS (54% и 32% соответственно, $p>0,05$), а снижение ФВ наблюдалось только у 1 новорожденного из 1 группы. При оценке диастолической функции правого и левого желудочков установлено, что у новорожденных обеих групп, но чаще в 1 группе имело место снижение диастолической функции обоих желудочков (76,2% и 36,4% соответственно, $p<0,05$); снижение диастолической функции ПЖ в 1 группе регистрировалось реже, чем во 2 группе (23,8% и 41%, $p>0,05$). МПС визуализировалось у 92 % новорожденных из 1 группы и у 90% из 2 группы ($p>0,05$), со сбросом крови слева-направо. При этом МПС размером больше 3,0мм чаще регистрировалось у новорожденных 1 группы (28,3% и 10,3% соответственно, $p<0,05$); МПС размером меньше 3,0мм регистрировалось у 63,3% новорожденных из 1 группы и у 79,3% новорожденных из 2 группы ($p>0,05$). Диагностировался ОАП в 1 группе у 73,3% детей, во 2 у 65,5% ($p>0,05$), размеры его больше у детей с очень низкой и ЭНМТ (2,31±0,19 и 1,71±0,11 соответственно, <0,05). При оценке гемодинамической значимости ОАП у 15 детей использовались коэффициенты ЛП/Ао (>1,3) и ЛЖ/Ао (>1,92), у троих детей эти коэффициенты превышали нормальные значения. Регургитация регистрировалась преимущественно на трикуспидальном клапане (ТК) и чаще наблюдалась у новорожденных из 2 группы (21% и 55,2% соответственно, $p<0,05$), степень ее не превышала 2,5(+). Только у 10% (n=6) новорожденных 2 группы была обнаружена аневризма МПП.

Таким образом, при Эхо-КГ исследовании чаще выявляется увеличение ПП, что указывает на напряжение адаптационных процессов, увеличение ФВ и ΔS, снижение диастолической функции желудочков, наличие фетальных коммуникаций встречаются одинаково часто в обеих группах, однако большие размеры МПС (>3 мм) и увеличение средних размеров ОАП чаще наблюдаются у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

0515

МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ О ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНИ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Наумова Е.А., Семенова О.Н.

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

Цель: оценить отношение пациентов с артериальной гипертонией (АГ) к здоровью, болезни и лечению.

Материалы и методы: в 2012 г. проводилось анкетирование пациентов с АГ: вопросы касались отношению к здоровью, оценке серьезности заболевания и степени влияния его на жизнедеятельность. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты. Участвовало 76 пациентов с АГ (39(51,3%) мужчин и 37(48,7%) женщин), медиана возраста 64 года. Гипертонические кризы в анамнезе у 58(76,3%) пациентов, чаще у женщин (p=0,04418). 43(56,6%) пациентов считают, что здоровье — это их собственная забота, 13(17,1%) — забота врачей, 1(1,3%) — затруднился ответить, 3(3,9%) не ответили, 16(21%) указали комбинации ответов (частая: «здоровье — забота врачей и моя» -10(13,1%)). Занимаются своим здоровьем постоянно 31(40,8%) пациентов, 23(26,3%) — когда болеют, 9(11,8%) — иногда, 3(3,9%) — крайне редко, 1(1,1%) пациент затруднился ответить, 9(11,8%) не ответили. 38(50%) пациентов считают, что их заболевание достаточно опасно для здоровья и жизни, 23(30,2%)- крайне опасно, 4(5,3%)- вредит здоровью, но жить с ним не опасно, 2(2,6%)- только иногда может привести к нарушению самочувствия, 4(5,3%)- затруднились ответить, 5(6,6%)- не ответили. При оценке серьезности заболевания по 10-бальной шкале пациенты выбрали значения от 5 до 10: 10(крайне тяжелое) — 42(55,3%) пациента, 9- 5(6,6%), 8-1(1,3%), 7-3(3,9%), 6-5(6,6 %), 5(средне-тяжелое) -14(18,4%), 6(7,9%) — не ответили. При одномерном непараметрическом анализе выявлена связь между мнением пациентов об опасности заболевания и постоянной заботе о здоровье (p=0,03329).

Выводы: Большая часть пациентов с АГ считают, что заниматься здоровьем должны они сами и их заболевание достаточно опасное для жизни и здоровья, но лечиться постоянно предпочитает лишь треть. Пациенты, считающие, что их заболевание опасно для жизни, заботятся о своем здоровье постоянно.

0516

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К СВОИМ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧАМ

Наумова Е.А., Семенова О.Н.

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

От того, как сложатся отношения между врачом и пациентом, во многом зависит эффективность лечения.

Цель: на основании опроса пациентов с артериальной гипертонией оценить их отношение к лечащим врачам.

Материалы и методы: в 2012 г. анкетировались пациенты с артериальной гипертонией. Вопросы были посвящены взаимоотношениям врача и пациента на момент нахождения в стационаре, доверию врачам стационара и поликлиники. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его мнение. При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента.

Результаты. Приняло участие 76 пациентов с артериальной гипертонией (39(51,3%) мужчин и 37(48,7%) женщин), медиана возраста 64 года. Гипертонические кризы в анамнезе у 58(76,3%) пациентов, достоверно чаще у женщин (p=0,04418). Из опрошенных пациентов 51(67,1%) человек оценивают отношения со своим лечащим врачом как сотрудничество, 6(7,9%) — как дружеские, 7(9,2%) — как официальные, 1(1,3%) — как «равнодушие и халтура» со стороны врача, 4(5,3%) — не ответили. При оценке отношения к лечащему врачу 7 (9,2%) пациентов указали различные комбинации ответов, в основном, они оценивают отношения как совокупность сотрудничества, дружеских и официальных взаимоотношений. Доверяют врачам стационара 59(77,6%), отчасти доверяют — 4(5,2%) пациентов, не ответили — 7(9,2%). Доверяют врачам поликлиники — 29(38,1%), отчасти доверяют — 14(18,4%), не доверяют — 13(17,1%) пациентов, не ответили — 14(18,4%).

Выводы: сотрудничество между врачом и пациентом, а также умение и желание достичь доверительных отношений с больным — главное во взаимоотношениях между врачом и больным, по мнению пациентов с артериальной гипертонией. Пациенты больше доверяют врачам стационара.

0517

СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ, ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КИСЛОРОД-ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У СПОРТСМЕНОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ИЗ ПАНТОВ МАРАЛА

Наумов А.О., Смирнова И.Н., Достовалова О.В., Барабаш Л.В., Антипова И.И., Верещагина С.В.*, Макаркин А.С.*, Мишина Н.В.*

ФГБУН «Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии Федерального медико-биологического агентства», Томск, Россия

*** ФБУЗ «Сибирский клинический центр Федерального медико-биологического агентства», Красноярск, Россия**

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния применение адаптогенов животного происхождения на процессы адаптации к мышечной работе у спортсменов зимних видов спорта в тренировочный период.

Материалы и методы: Проведено обследование 32 спортсменов зимних видов спорта (фристайл, прыжки с трамплина, сноуборд, горные лыжи) в возрасте 19,05±3,42 лет, из них 10 (31,25%) женщин и 22 (68,75%) мужчин. Спортсмены были разделены на 2 группы: основная группа (n=24) во время тренировочного периода принимали препараты пантогематогена; контрольная группа (n=12) — пчелиное маточное молочко. Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы оценивали по тесту PWC170 и данным эхокардиографии. Динамику показателей кислород-обеспечивающей системы крови исследовали с помощью клинического (эритроциты, гемоглобин, гематокрит и эритропоэтин) и биохимического (эритропоэтин, КФК, общий белок, глюкоза, лактат) анализов крови. Изучение адаптационных возможностей организма проводили по данным реакций адаптации по Л.Х. Гаркави и показателям кортизола и тестостерона.

Результаты исследования: По данным ЭхоКГ отмечалось увеличение ударного объема сердца (p=0,021), минутного объема кровообращения (p=0,038) и ударного индекса (p=0,021). При этом выявлено увеличение метаболического эквивалента (p=0,022), потребления кислорода при максимальной нагрузке (p=0,001) и поглощение кислорода на одно сердечное сокращение (p=0,001), что свидетельствуют об оптимизации кровообращения для более интенсивного насыщения тканей кислородом у спортсменов основной группы. В контрольной группе отмечалось только значимое увеличение PWC150 (p=0,022). В основной группе маркерами срочной адаптации выступают: значимое увеличение эритропоэтина (p=0,003) и тенденция к росту количества эритроцитов и гемоглобина, что в совокупности со снижением креатининкиназы (p=0,008) и лактата свидетельствует об усилении аэробного окисления. Значимое увеличение концентрации глюкозы (p=0,027) говорит об ускорении распада гликогена в печени. В группе контроля уровень лактата имел тенденцию к увеличению, отмечалось снижение общего белка (p=0,036), тестостерона (p=0,048) и увеличение индекса кортизол/тестостерон (p=0,047), характеризующего напряжение адаптации. В основной группе изменений уровня гормонов не выявлено.

Таким образом, применение пантогематогена способствует увеличению объема кровообращения и поглощения кислорода на фоне стимуляции эритропоэза, что приводит к усилению аэробного окисления и обеспечению необходимой адаптации к нарастающей физической нагрузке. Перечисленные структурно-функциональные изменения приводят к повышению физической работоспособности, что подтверждено тестом PWC 170 (p=0,001).

0518

«ИДИОПАТИЧЕСКИЕ» АРИТМИИ: НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПСИИ МИОКАРДА, РОЛЬ АНТИКАРДИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Недоступ А.В., Благова О.В., Коган Е.А., Сулимов В.А., Абугов С.А., Куприянова А.Г., Зайденов В.А., Донников А.Е., Заклязьминская Е.В.

ФТК им. В.Н.Виноградова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, РФ

Цель: выявить этиологию «идиопатических» аритмий с помощью эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ) правого желудочка и оценить эффективность назначенного с учетом нозологического диагноза лечения.

Материалы и методы: 19 больным (9 женщин и 10 мужчин, 42,6±11,3 лет) с устойчивыми к лечению (включая амиодарон у 14) «идиопатическими» аритмиями (84,2% с мерцательной аритмией, МА) проведены ЭМБ, определение вирусного генома (ПЦР), уровня антикардиальных антител, ЭхоКГ, а также сцинтиграфия миокарда, КТ, МРТ сердца, коронарография (по показаниям).

Результаты: по данным ЭМБ миокардит диагностирован у 12 больных (у 1 позитивный по парвовирусу B19 и у 1 по вирус Эпштейна-Барр), с признаками иммунного цитолиза (n=3) и митозом (n= 1). У двух пациентов преобладал продуктивный васкулит (рассматривается как системный). Также выявлены первичная кардиомиопатия (disarray кардиомиоцитов) у 2 пациентов, в том числе 1 с положительным вирусом герпеса 6-го типа; парвовирус B19-позитивный эндомиокардит, АДПЖ и болезнь Фабри. В последних двух случаях диагноз подтвержден с помощью ДНК-диагностики (выявлены мутации в генах X-GAL, DSG2, DES). Наибольшее значение в неинвазивной диагностике миокардита имели специфический антинуклеарный фактор (чувствительность 78,6%, положительная предсказательная ценность 91,7%), уровень антикардиальных антител в целом, дефекты перфузии по данным сцинтиграфии (выявлены у 50%), умеренное увеличение левого предсердия (52,6%), субклиническая клапанная регургитация (36,8%), нарушения реполяризации (26,3%), минимальный выпот в перикарде (10,5%). МРТ четко выявляла признаки АДПЖ. Разработан алгоритм неинвазивной нозологической диагностики при «идиопатических» аритмиях.

У 15 больных с миокардитом/васкулитом, помимо антиаритмической, проводилась базисная терапия: гидроксихлорохин 200 мг/сутки (n=15), кортикостероиды (n=14, 31,1±12,5 мг/сутки), азатиоприн 150 мг/сутки (n=2), ганцикловир или ацикловир (n=4), в/в иммуноглобулин (n=2). Средний период наблюдения составил 48,0 [31,0; 62,0] месяцев. Снижение частоты приступов МА (от нескольких раз в день до ≤1 в месяц) отмечено у 56,3% больных, в одном случае исчезла стресс-индуцированная блокада левой ножки пучка Гиса, ни у одного из пациентов, получавших иммуносупрессивную терапию, не развилось трансформации МА в постоянную форму. На 6-м году наблюдения у пациентки с миокардитом, МА и имплантированным по поводу АВ блокады стимулятором развилась внезапная смерть. Обострения аритмии вследствие инфекции или отмены базисной терапии отмечались у 60%. У 5 больных (в том числе с АДПЖ) была успешно выполнена радиочастотная аблация, пациентам с болезнью Фабри и АДПЖ имплантированы кардиостимулятор и кардиовертер-дефибриллятор.

Выводы: с помощью ЭМБ иммунно-воспалительная природа «идиопатических» аритмий (преимущественно МА) выявлена в 78,9%, генетические кардиомиопатии — в 21,1%; основанная на нозологическом диагнозе терапия позволила повысить суммарную эффективность лечения у резистентных больных.

0519

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ВИРУС-ПОЗИТИВНЫХ И ВИРУС-НЕГАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДКМП

Недоступ А.В., Благова О.В., Коган Е.А., Седов В.П., Гагарина Н.В., Донников А.Е. Куприянова А.Г., Зайденов В.А.

ФТК им. В.Н.Виноградова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, РФ

Цель: оценить непосредственные и отдаленные результаты противовирусной и иммуносупрессивной терапии (ИСТ) вирус-позитивных и вирус-негативных больных с воспалительной кардиомиопатией.

Материал и методы: 103 больным (69 мужчин, 47,3±12,2 лет) с воспалительной кардиомиопатией (средний КДР левого желудочка 6,6±0,9 см, ФВ 29,0±11,2%) проведены морфологическое исследование миокарда (биопсия/аутопсия, n=36), определение уровня антикардиальных антител, генома кардиотропных вирусов в крови и миокарде (ПЦР), ЭхоКГ, а также сцинтиграфия миокарда (n=9), МСКТ (n=74), МРТ сердца (n=15), коронароангиография (n=44). Диагноз миокардита установлен по данным клинико-морфологического обследования. Вирусный геном выявлен у 46 пациентов (44,7%): у 29 в крови (преимущественно вирус Эпштейна-Барр), у 25 в миокарде (преимущественно парвовирус B19). Вирусный миокардит диагностирован у 4,9%, иммунный у 55,3%, смешанный (вирусно-иммунный) у 39,8%. Отмечена корреляция специфического АНФ с антигеном сердца быка (выявлен в 45,4%) с наличием вирусов в миокарде (r=0,35, p<0,05).

Результаты: в результате противовирусной терапии (ацикловир, ганцикловир, в/в иммуноглобулин) элиминация вируса из крови достигнута у 79.3% вирус-позитивных больных. ИСТ проводилась 65 пациентам (включая 20 вирус-позитивных): гидроксихлолохин (n=33, 200 мг/сутки), кортикостероиды (n=50, 36,1±15,5

мг/сутки), азатиоприн (n=6, 108,3±34,2 мг/сутки). При наличии некоторых исходных различий между получавшими и не получавшими ИСТ пациентами по функциональному классу сердечной недостаточности (3 [2, 3] и 3 [3, 4] соответственно, p<0,05) и ФВ (30,7±10,9 и 25,3±9,6, p <0,05) только в подгруппе ИСТ достигнуто достоверное снижение КДР левого желудочка (с 6,7±0,9 до 6,4±1,1 см), его диастолического (с 202,7±85,0 до 177,9±96,4 мл) и систолического (с 143,6±74,2 до 114,1±71,8 мл) объемов, систолического давления в легочной артерии (с 47,0±16,3 до 34,4±12,4 мм рт.ст.), возрастание ФВ (с 30,7±10,9 до 39,5±11,3%), а также отмечена достоверно более низкая летальность (13,8% и 31,6%, p<0,05; ОР смерти 0,63, 95% ДИ 0,37-1,05) при средней длительности наблюдения 12 месяцев.

Статистически значимая динамика размеров левого желудочка и ФВ в результате ИСТ наблюдалась как у вирус-негативных, так и у вирус-позитивных больных. Смертность у вирус-позитивных больных, получавших ИСТ, составила 25%, в сравнении с 40% пациентов без ИСТ (в целом — 33%); у вирус-негативных больных эти показатели составили 6% и 13% соответственно (в целом — 8%). При отсутствии исходных различий с вирус-негативными больными вирус-позитивные имели достоверно более высокую летальность (ОР смерти 1,95, 95% ДИ 1,36-2,79) и потребность в хирургическом лечении (61,4% и 31,3%), p<0,01.

Выводы: ИСТ эффективна у больных с воспалительной кардиомиопатией как при отсутствии, так и при наличии вирусного генома в крови/миокарде, однако наличие вирусов существенно снижает эффективность комплексного лечения и является неблагоприятным прогностическим фактором.

0520

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Некрасов А.А., Кузнецов А.Н., Мельниченко О.В., Коченюк О.А.

ГБОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить характер, последовательность развития морфофункциональных нарушений и возможные стадии ремоделирования сердца при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Материалы и методы: наблюдали 110 больных ХОБЛ 2-4 ст. тяжести; исследовали среднее давление в легочной артерии (СрДЛА), состояние правого и левого желудочков и предсердий (ПЖ, ЛЖ, ЛП, ПП) по ЭХОКГ, уровень NT-pro-BNP. Для выявления основных категорий больных по состоянию ПЖ (с учетом как дилатации, так и гипертрофии) применили автоматическую кластеризацию по методу k-средних. В качестве классифицирующих признаков использовали показатели размеров и толщины стенок ПЖ: толщина передней стенки (ТПС), межжелудочковой перегородки (ТМЖП), передне- задний размер ПЖ (ПЗРПЖ). Результаты: Выделено три кластера (1,2,3), которые статистически значимо не различались по возрасту и тяжести бронхиальной обструкции, однако имели различия в длительности заболевания (12,7±10,89, 18,3±11,09 и 20,2±11,50 лет, соответственно, p=0,008), уровне NT-pro-BNP (77,2 [45,7; 188,6], 233,6 [67,94; 300,0], 371,4[182,2; 1454,0] пг/мл, соответственно, p=0,003) и морфо- функциональном состоянии сердца (p<0,05 во всех случаях). Пациенты 1-го кластера (n=38) имели незначительное увеличение ТПС (5,55±1,002 мм), небольшое расширение ПЗРПЖ (28,42±2,050 мм), при незначительно повышенном СрДЛА (24,7±11,67 мм.рт.ст). В 1-м кластере практически не выявлялись признаки поражения левых отделов сердца и нарушения диастолы обоих желудочков. Для 2-го кластера (n=30) характерна значительная дилатация полости ПЖ (36,67±1,350 мм), несколько более выраженное утолщение ТПС и МЖП (6,08±1,210 мм и 10,61±1,577 мм), признаки гиперкинетического типа центральной гемодинамики, снижение ФВ ПЖ (35,7±12,35%) на фоне умеренной ЛГ (35,1±8,01 мм.рт.ст) при сохранной систолической функции ЛЖ, признаки гипертрофии ЛЖ в виде нарастания ИММ, снижение диастолической функции ЛЖ и ПЖ по сравнению с 1-м кластером. Пациенты 3-го кластера, имевшие наибольший стаж ХОБЛ, несмотря на меньшие размеры полости ПЖ (32,16±1,545 мм) и несколько меньший уровень ЛГ, чем во 2-м кластере (31,4±7,70 мм.рт.ст.), имели наибольшую гипертрофию миокарда ПЖ и ЛЖ (ТПС- 6,28±1,549 мм, МЖП- 12,59±1,589 мм), наибольшее падение ФВ ПЖ (32,0±9,33%), тенденцию к снижению систолической функции ЛЖ и сердечного индекса, нарушение диастолы обоих желудочков, гипертрофию ПП.

Выводы: при оценке тяжести ремоделирования сердца на фоне ХОБЛ лучше ориентироваться на выраженность гипертрофии миокарда ПЖ и МЖП, которая сопряжена с нарушением систолической функции ПЖ и высоким уровнем NT-pro-BNP, а не на дилатацию полости ПЖ и уровень СрДЛА, которые на определенном этапе могут носить обратимый характер.

0521

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРИ ПОДБОРЕ ДОЗЫ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Нелипа Е.А., Донников М.Ю., Саламатина Л.В., Урванцева И.А.

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут, Россия

Цель: обобщить опыт подбора эффективной дозы варфарина с использованием фармокогенетического тестирования у пациентов с протезированными клапанами сердца (ПКС).

Методы. В исследование включено 25 амбулаторных пациентов (12 мужчин и 13 женщин), с протезированными клапанами сердца. Среди мужчин 10 пациентов имели протезирование только аортального клапана (АК), 1 пациент протезирование митрального клапана (МК) и 1 пациент сочетание протезирования АК и МК. Среди женщин у 7 пациенток было протезирование АК и у 6 пациенток МК. Средний возраст пациентов составил 50 лет (мужчины 45,9±9,9 лет, женщины 53,3±11,9 лет). Международное нормализованное отношение (МНО) определялось на анализаторе гемостаза Compact, фирмы Stago. Фармакогенетическое тестирование проводилось на аппарате CFX96TM Real-Time System(Bio-Rad).Данные представлены в виде M±δ; Max и мин, удельного веса.

Полученные результаты. Частота генотипов по CYP2C9, соответствующих медленным метаболизаторам (носительство аллельных вариантов CYP2C9*2 и CYP2C9*3) составила 24%. Носительство аллельных вариантов CYP2C9*2 и CYP2C9*3 и генотип AA, AG ассоциированных с низкими дозами варфарина, более частыми кровотечениями при его применении выявлено у 4% пациентов.

До фармакогенетического исследования МНО составило от 0,9 до 1,3, а средняя доза варфарина — 5,0±2,2 мг (5,2±2,5 мг для мужчин, 4,7±2,0 мг для женщин). После фармокогенетического тестирования доза варфарина у мужчин была увеличена до 6,0±3,1 мг, у женщин 6,0±1,7мг. «Целевые» значения МНО (от 2,0-3,5) были достигнуты у всех пациентов и составили у мужчин 2,6±0,4; у женщин 2,8±0,5.

Выводы. Частота генотипов по CYP2C9*2 и CYP2C9*3 составила 24%, а частота генотипа AA, AG по полиморфному маркеру гена VKORC1 имелась у 4% пациентов, что сопоставимо с европейскими этническими группами. Подобранная доза варфарина оказалась равной 5,0± 2,2мг. Среднее «целевое» значение МНО составило 2,7± 0,4.

0522

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА В АЗИАТСКОЙ ЧАСТИ РОССИИ

Никитин Ю.П., Симонова Г.И., Малютина С.К., Богатырев С.Н., Кунцевич А.К., Ференец М.Л.

Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск

Цель: Оценить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний населения Сибирского и Дальневосточного федеральных округов по материалам официальной государственной статистики и результатам собственных исследований.

Материалы и методы: Обобщены данные статистики за период 1980-2010 годы, результаты 40-летнего мониторинга в Новосибирске за трендами в показателях сердечно-сосудистой заболеваемости и материалы экспедиционных и совместных исследований в ряде регионов Сибири.

Результаты: Показатели общей и сердечно-сосудистой смертности населения Новосибирска и других городов Сибири в период 1970-80гг. постепенно возрастали, несколько снижаясь в годы антиалкогольной кампании и резко возрастая в 90-ые годы. Высокие показатели смертности сохраняются и в 2000-х годах, но с 2005 года наметилась тенденция их снижения. Изучены показатели смертности и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями в разных административных единицах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Проведен анализ этих данных в разных возрастных категориях. Изучена распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний — артериальной гипертонии, дислипидемий (ДЛП), курения и нездорового питания в нескольких регионах Сибири. Относительный риск фатальных событий особенно велик при АГ и курении, по сравнению с другими странами, но меньше в зависимости от ДЛП. Выявлен

градиент с нарастанием некоторых сердечно-сосудистых событий в направлениях юг-север и запад-восток. Отмечен ряд этнических особенностей в сибирском регионе, в частности, меньшая распространенность некоторых конвенциональных факторов риска (АГ, ДЛП) у коренного населения, меньшая заболеваемость ИБС, но большая — от цереброваскулярных болезней в юго-восточных регионах.

Заключение: Высокая заболеваемость населения азиатской части России сердечно-сосудистыми заболеваниями и высокая распространенность их факторов риска требуют активизации комплексных мер первичной профилактики, в первую очередь медико-социальной направленности.

0523

ДВАДЦАТИЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Никитин Ю.П., Макаренкова К.В., Малютина С.К., Щербакова Л.В.

ФБГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: оценить тенденции в основных липидных параметрах крови жителей Новосибирска в возрасте 45-64 лет за период 1985-2005 гг.

Материалы и методы. Использовали материал двух крупных международных проектов ВОЗ «MONICA» и «HAPIEE» (главные исследователи Ю.П. Никитин и С.К. Малютина). Согласно протоколу этих проектов были обследованы репрезентативные выборки неорганизованного населения г.Новосибирска. Проанализирован скрининговые данные 10272 человек в возрасте 45-64 лет, из них 4783 мужчин и 5489 женщин. Исследования выполнены в 1985, 1995 и 2005 гг.

Результаты. У лиц обоего пола 45-64 лет наименьшие значения основных атерогенных фракций липидного профиля крови получены в 1995 г. — средние уровни общего холестерина (ОХС) — 5,50+0,03 ммоль/л, холестерина липопротеидов невысокой плотности (ХСнеЛВП) — 4,07+0,03 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) — 3,48+0,03 ммоль/л. Укзанные липидные параметры ниже полученных в 1985г. (5,89+0,03; 4,53+0,03; 3,88+0,03 ммоль/л, соответственно ($p<0,001$)) и — в 2005 г.: 6,23+0,01; 4,70+0,01; 4,01+0,01 ммоль/л, соответственно ($p<0,001$). Аналогичные тренды отмечены в содержании триглицеридов крови: 1,45+0,02 (1985); 1,32+0,02 (1995) ($p<0,001$); 1,51+0,01 ммоль/л (2005) ($p<0,001$).

Несмотря на то, что концентрации ОХС, ХСнеЛВП и ХС-ЛНП крови выше в 2005г., по сравнению с 1985 г., коэффициенты атерогенности в последнем скрининге получены меньшие, чем в первом: ХСнеЛВП/ХС-ЛВП — 3,26+0,01 и 3,81+0,04 ($p<0,001$); ХС-ЛНП/ХС-ЛВП — 2,76+0,02 и 3,25+0,04 ($p<0,001$). Указанные тенденции в коэффициентах атерогенности наблюдаются за счет увеличения уровней ХС-ЛВП крови — 1985 г. — 1,29+0,01 ммоль/л; 1995 г. — 1,42+0,01 ммоль/л ($p<0,001$); 2005 г.- 1,53+0,004 ммоль/л ($p<0,001$).

Выводы. В 1995 г. отмечены самые низкие уровни ОХС, ХСнеЛВП, ХС-ЛНП крови, а также ТГ и коэффициентов атерогенности в популяции г.Новосибирска, по сравнению с 1985 и 2005 г. Содержание ХС-ЛВП крови за период 1985-2005 гг. «увеличивалось», за счет этого коэффициенты атерогенности в 2005 г ниже, чем в 1985 г., несмотря на более высокие значения ОХС, ХСнеЛВП и ХС-ЛНП крови.

0524

КОМПЛЕКСНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛСТВА

Никищенкова Ю.В.,[1] Никифоров С.В.[2]

[1]СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург; [2]ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; Россия

Целью исследования было изучить функциональное состояние миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), направляемых на эндоваскулярные вмешательства.

Материалы и методы. Обследовано 19 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения III функционального класса — 12 мужчин и 6 женщин в возрасте 60-88 лет, из которых 68% имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Пациенты были направлены на баллонную ангиопластику со стентированием коронарных артерий. Эхокардиографию (ЭхоКГ) проводили с помощью аппаратов «VIVID-i», GE (США) и «TOSHIBA Artida» (Япония). Наряду с традиционной ЭхоКГ выполнялась импульсно-волновая тканевая допплерография (ТД) миокарда.

Результаты. У пациентов, не имеющих в анамнезе ПИКС, превалировало однососудистое поражение коронарных сосудов (71%), в то время, как у лиц с ПИКС больше половины (54%) составили двухсосудистые поражения. В обеих группах отмечались склеродегенеративные поражения клапанного аппарата с разной степенью выраженности. В частности, у лиц с ПИКС комбинированное поражение клапанов от незначительной и легкой степени до умеренной имели место у 60% пациентов. В группе пациентов без ПИКС выявлены изолированные поражения клапанов незначительной и легкой степени, сочетанные пороки — только у 14% пациентов, комбинированных поражений клапанов не отмечено. Концентрическая гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) в обеих группах составила 84%, концентрическое ремоделирование ЛЖ имело место в 7,3% случаев пациентов без ПИКС, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ у 16% лиц с ПИКС. У всех обследуемых пациентов по данным допплерографии отмечались нарушения диастолической функции, причем в группе лиц без ПИКС имело место только замедление релаксации ЛЖ, в то время как у 15,3% пациентов с ПИКС был выявлен псевдонормальный тип диастолических нарушений трансмитрального кровотока. Кроме того, у лиц с ПИКС, по сравнению с пациентами без ПИКС, были значимо больше размеры левого предсердия и ЛЖ, более низкие величины фракции выброса ЛЖ и показателей продольной сегментарной систолической и диастолической функции.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более выраженных структурно-функциональных изменениях сердца у лиц с ПИКС, направляемых на эндоваскулярные вмешательства Необходимы дальнейшие исследования для выявления наиболее информативных предикторов успешности реваскуляризации миокарда у данной категории пациентов.

0525

СИСТЕМА МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ВОСПАЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Никонова Е.С., Суслова Т.Е., Рябов В.В.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, г. Томск, Россия

Ранее наличие хронической сердечной недостаточности (ХСН) и её тяжесть ассоциировали со снижением сократительной способности миокарда, которую оценивали по величине фракции выброса (ФВ) левого желудочка. Однако значительная часть больных имеет нормальную фракцию выброса. Существует предположение, что ремоделированиесердца при данной патологии связано с накоплением коллагена и повышением жесткости миокарда. На обмен коллагена, оказывают сильное влияние матриксные металлопротеиназы в совокупности с ингибиторами и воспалительный процесс. Цель: изучение содержания матриксныхметаллопротеиназ, ингибитора матриксных металлопротеиназ и С-реактивного белка при хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса, развившейся через год после острого инфаркта миокарда.

Было обследовано 54 пациента с ХСН с фракцией выброса более 45%, развившейся после инфаркта миокарда. Все пациенты были разделены на три функциональных класса (ФК), в соответствии с классификацией NYHA. Контрольную группу составили 12 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой. Материалом для исследования служила сыворотка крови. Содержание матриксныхметаллопротеиназ 3, 9 (ММП-3, ММП-9), предшественника матриксной металлопротеиназы 1 (проММП-1), тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ 1 (ТИМП-1) и высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Оценку достоверности различий проводили с помощью непараметрических критериев Краскала-Уолиса и Манна-Уитни. Для оценки взаимосвязи признаков был рассчитан коэффициент ранговой корреляции Спирмана.

При сравнении исследуемых групп не было выявлено различий в содержании проММП-1, ММП-3, ММП-9. Можно предположить, что полученные результаты характеризуют особенность патогенеза ХСН с сохраненной ФВ. Неизменная концентрация металлопротеиназ в данном случае может приводить к уменьшению распада коллагена и как следствие — отсутствие дилатации камер сердца. ТИМП-1 опреде-

лялся в более высоких концентрациях, по сравнению с контролем, у пациентов со II ФК (p<0,05) и III ФК (p<0,001). При первом функциональном классе имеется тенденция к повышению данного показателя. Концентрация СРБ у всех обследованных пациентов выше, чем в контрольной группе (p<0,001), но значимых различий между функциональными классами не выявлено. При проведении корреляционного анализа выявлена положительная связь между уровнями СРБ и ТИМП 1 (r= 0,40; p<0,001) у всех пациентов с ХСН независимо от функционального класса.

Выводы. При хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса воспаление неразрывно связано с повышением концентрациитканевого ингибитора матриксныхметаллопротеиназ 1. Повышение содержания ТИМП-1, на фоне неизменных концентрацийматриксных металлопротеиназспособствует уменьшению распада коллагена и его накоплению во внеклеточном матриксе.

0526

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Нилова С.А.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить влияние избыточного потребления поваренной соли (ПС) на показатели качества жизни (КЖ) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 320 больных постинфарктным кардиосклерозом ПИКС с АГ (мужчин — 174 и женщин — 146, средний возраст 57±4 г.). У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭИНМ), проводилась оценка качества жизни (КЖ) по методике SF-36. Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 21% (67) больных, средний (0,16%) у 23% (74), высокий (более 0,16%) у 56% (179). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я — лица с низким ПВЧПС, 2-я — с высоким. Достоверность результатов оценивалась методом вариационной статистики с использованием t критерия Стьюдента.

Результаты. СЭИНМ была больше у больных ПИКС с АГ с высоким ПВЧПС, чем с низким (p<0,01). При проведении корреляционного анализа оказалось, что имеется положительная связь между ПВЧПС и СЭИНМ (r = 0,4; p<0,01). Головные боли беспокоили 18% больных с низким ПВЧПС и 56% — с высоким (p<0,01). У больных 1-й группы боли в области сердца и за грудиной встретились в 32%, а у 2-й в 87% (p<0,01) случаев, стенокардия напряжения I — III функциональных классов соответственно в 23% и 76% случаев (p<0,01). Курящих среди лиц 1-й группы было 27%, а 2-й — 75% (p<0,01), уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы был существенно ниже, чем у 2-й (p<0,05). Отягощенная наследственность встретилась соответственно в 28% и 64%; p<0,01. При первом измерении АД оказалось, что у больных 1-й группы систолическое АД составило 146±5,0 мм рт. ст., диастолическое — 86±4,0 мм рт. ст., тогда как у 2-й — 168±4,4 и 98±5,0 мм рт. ст. (p<0,05). Результаты исследования КЖ показали, что у больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й все показатели были ниже. В наибольшей степени были снижены показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ). Так, физическое функционирование (ФФ) было снижено на 37,8%, показатель ролевого физического функционирования (РФФ) на 67%, показатель боли (Б) на 47%, общее здоровье (ОЗ) — на 39% (все p<0,05). Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (ПЗ, Ж, СФ, РЭФ), в большей степени были снижены ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) — на 57% (p<0,05), и жизнеспособность (Ж) — на 42% (p<0,05). Показатель социального функционирования (СФ), являясь самым высоким среди всех параметров качества жизни в группе больных с высоким ПВЧПС (49,0 балла), тем не менее, был на 21,9% хуже, чем у пациентов с низким ПВЧПС (p>0,05).

Выводы. Анализ показателей КЖ больных ИБС с АГ позволяет придти к заключению, что избыточное потребление ПС ухудшает КЖ больных, оказывая влияние на все сферы жизнедеятельности — физическое, эмоциональное, ролевое, психологическое, социальное функционирование. Следовательно, ограничение потребления ПС с пищей является важнейшим фактором реабилитации пациентов с данной коморбидной патологией.

0527

ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ВЫСОКИМИ ДОЗАМИ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение эффективности влияния высоких доз омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (4 грамма в сутки) на показатели вариабельности сердечного ритма у больных инфарктом миокарда в острый период.

Материалы и методы: в исследование было включено 93 больных обоего пола, поступивших в стационар с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ) с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, в течение первых 48 часов от начала заболевания. Пациенты контрольной группы (n=40) получали стандартную терапию ОИМ, пациенты основной группы (n=53) дополнительно с первых суток получали препарат омега-3-ПНЖК — Омакор (Abbot, США) в дозе 4 грамма в сутки. Всем больным на первые и седьмые сутки госпитализации проводили суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Результаты: выявлено, что у больных инфарктом миокарда с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа в первые 48 часов отмечается значительное снижение основных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) — снижение активности парасимпатического отдела (SDNN, RMSSD, pNN50, Mo, HRVTI) и увеличение активности симпатического (LF\HF, AMo). На фоне терапии в основной группе отмечалось достоверное увеличение показателей mRR (p=0,002), SDNN (p=0,02), а также наблюдалось увеличение показателей RMSSD (p=0,004) и pNN50% (p=0,002), указывающее на повышение активности парасимпатической нервной системы. Также, дневные (рост на 10,3%, p=0,002) и ночные (рост на 14,8%, p=0,000) показатели Mo, а также HRV TI (рост на 23,6%, p=0,02) были достоверно выше по отношению к исходным во второй группе обследуемых.

Заключение: приём омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в дозе 4 гр\сут уже на ранних этапах (первые 7 дней) позволяет корректировать вагосимпатический дисбаланс в сторону стабилизации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, увеличения основных показателей ВСР.

0528

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АУРИКУЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ВАГУСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСЕ СО СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙСИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Огуркова О.Н., Суслова Т.Е., Павлюкова Е.Н.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, г.Томск, Россия.

Цель: оценить влияние аурикулярной электрической вагусной стимуляции (АЭВС) на содержание окисленных липопротеинов низкой плотности, антител к ним и уровень С-реактивного белка в сыворотке крови у больных с застойной сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: исследование выполнено у 50 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 60,0±8,9 лет с функциональным классом (ФК) СН III-IV (по NYHA) и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 35%. Критериями включения были: стабильное клиническое состояние в отношении симптомов ХСН в течение не менее 4 недель; оптимальная и неизмененная терапия (препарат и доза) по поводу СН в течение последнего месяца; подписанное информированное согласие; ЧСС≥60уд\мин; ФК СН III-IV по NYHA; отсутствие диссинхронии ЛЖ (по данным Эхо-КГ) и клапанной болезни сердца, исследование оЛПНП, антител к оЛПНП и СРБ проводили иммуноферментными методом с помощью даигностических наборов фирмы Biomedica, АЭВС проведена с использованием прибора «Вагус» (МПК «Электропульс», г.Томск), с постепенным увеличением продолжительности процедур и силы тока. Длительность процедур от 1 мин в начале курса- до 40 минут в конце. Начало стимуляции не более 0,1 mA, затем сила тока увеличивалась в за-

висимости от индивидуальной переносимости, но не более 1,5 mA. Длительность курса-15 дней. Длительность наблюдения составила 3 месяца.

Результаты: пациенты были разделены на две группы, первая с ЧСС › 80 уд/мин и вторая группа с ЧСС‹80 уд/мин. В обеих группах было отмечено поышенное содержание оЛПНП в сыворотке крови как до, после, так и через 3 месяца АЭВС. Содержание аутоантител к оЛПНП в сыворотке крови в группе с ЧСС › 80 уд/мин было достоверно ниже, чем в группе с ЧСС‹80 уд/мин до, после и через 3 месяца АЭВС. Уровень С-реактивного белка в сыворотке крови в группе с ЧСС › 80 уд/мин был достоверно выше, чем в группе с ЧСС‹80 уд/мин до АЭВС. При этом, после АЭВС и через 3 месяца после вагусной стимуляции уровень СРБ в группе в с ЧСС › 80 уд/мин остался неизменно повышенным и не отличался от исходного уровня, а в группе с ЧСС‹80 уд/мин после АЭВС содержание СРБ повысилось по сравнению с исходным содержанием. Увеличение ЧСС сопряжено с субклиническим воспалением, о чем свидетельствуют повышенные концентрации С-реактивного белка и оЛПНП. Образование в крови антител против окисленных ЛПНП можно рассматривать как защитный механизм, направленный на быстрое удаление из кровотока модифицированных липопротеинов. Выявленное в нашей работе сниженное содержание аутонтител к окисленным ЛПНП в группе больных с повышенной ЧСС, по сравнению с группой с ЧСС‹80 уд/мин может быть связано с состоянием напряженности иммунитета, так называемым, воспалительным синдромом. Действительно, при проведении корреляционного анализа в группе с ЧСС › 80 уд/мин была получена прямая зависимость между содержанием СРБ и оЛПНП и обратная связь между уровнем СРБ и аутоантителами к оЛПНП.

0529

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТРУКТУРЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ

Оконечникова Н.С., Болотнова Т.В.

ГБОУ ВПО «ТюмГМА» Минздрава России, Тюмень

Цель. Изучить структуру факторов риска у больных старческого возраста с ассоциированной сердечно-сосудистой патологией в зависимости от пола.

Методы исследования. Проведен детальный расспрос, изучение медицинской документации и общеклиническое обследование 41 пациента старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) 2-3 степени и ишемической болезнью сердца (ИБС) — стенокардией напряжения 2-3 ФК в ассоциации с некардиальными сопутствующими заболеваниями: 20 женщин (82,5±3,1 лет) и 21 мужчины (82,7±3,0 лет). Изучали наличие факторов риска и осложнений, приверженность терапии, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), измеряли окружность талии (ОТ), ЧСС и АД с расчетом пульсового АД (ПАД).

Полученные результаты. По длительности АГ и ИБС группы были сопоставимы. Большинство мужчин и женщин имели 3 степень АГ (71% и 65%) и стенокардию напряжения 2 ФК (76% и 60%).

Все обследованные женщины никогда в жизни не курили и в настоящее время практически не принимают алкоголь. Все обследованные мужчины в настоящее время не курят, четверть из них — никогда не курили. В отличие от женщин алкоголь употребляют 33% мужчин.

Наличие отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям отметили 40% женщин и всего 10% мужчин.

Женщины более привержены терапии в сравнении с мужчинами: 75% женщин постоянно принимают рекомендованные препараты (у мужчин — 62%).

У мужчин перенесенный инсульт отмечался в 19% случаев (у женщин — в 15%), а инфаркт миокарда — в 38% случаев (у женщин — в 15%).

При изучении антропометрических показателей было установлено, что ИМТ у мужчин и женщин старше 80 лет практически не отличался и составил 28,6 и 29,4 кг/см2 соответственно. При этом нормальный вес имели 30% женщин и только 19% мужчин. По ОТ значительных отличий также не было зарегистрировано: у мужчин — 104,1 см, у женщин — 101,7 см. Абдоминальное ожирение имели 90% женщин и всего 71% мужчин.

Уровень АД на момент осмотра у женщин составил 143,8/81,5, а у мужчин — 136,2/78,4 мм рт.ст. Более высокий уровень ПАД был зарегистрирован у женщин в сравнении с мужчинами (62,5 и 57,9 мм рт.ст. соответственно). Высокое ПАД зарегистрировано у 55% женщин и всего у 48% мужчин. По ЧСС мужчины и женщины не отличались (66 и 65 ударов в мин.).

По показателям липидограммы выраженной разницы между мужчинами и женщинами установлено не было. У женщин чаще, чем у мужчин выявлялась дислипидемия в виде повышения холестерина (50%) и гипертриглицеридемии (35%). У мужчин эти цифры составили 29 и 5%. Уровень глюкозы не различался и составил 5,3 ммоль/л у женщин и 5,4 ммоль/л у мужчин.

Выводы. В структуре факторов риска мужчин и женщин старческого возраста полностью отсутствует такой фактор как курение. У женщин чаще, чем у мужчин выявляется высокое ПАД, дислипидемия, отягощенная наследственность, абдоминальное ожирение. Несмотря на это у мужчин чаще отмечаются сердечно-сосудистые осложнения (инсульт и инфаркт) в анамнезе.

0530

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ АССОЦИАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Оконечникова Н.С., Платицына Н.Г., Болотнова Т.В.

ГБОУ ВПО «ТюмГМА» Минздрава России, Тюмень

Цель. Изучить структуру факторов риска у пожилых больных ассоциированной патологией: артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сравнении с пожилыми пациентами с АГ и ИБС, не ассоциированными с ХОБЛ.

Методы исследования. Проведено комплексное обследование 120 больных пожилого возраста. Основную группу составили 60 больных АГ I-III степени и ИБС (стенокардия напряжения II-III ФК) в ассоциации с ХОБЛ (ремиссия), средний возраст — 65,9±0,5 лет. Группу сравнения составили 60 больных аналогичными формами АГ и ИБС (без наличия ХОБЛ), средний возраст — 64,7±0,6 лет. Исследуемые были сопоставимы по длительности АГ и ИБС.

Подробно изучали анамнез с учетом действия факторов риска, вычисляли индекс массы тела (ИМТ), пульсовое АД (ПАД), оценивали липидограмму.

Полученные результаты. Наличие курения как фактора риска чаще выявлялось у больных ассоциированной патологией (56,7%) в сравнении с больными АГ и ИБС (48,3%). Большинство больных имели стаж курения более 15 лет.

Отягощенная наследственность по ИБС выявлена у 46,7% больных АГ и ИБС и у 48,3% больных ассоциированной патологией, что достоверно не отличалось. Наличие отягощенной наследственности по АГ чаще выявлялось у больных сочетанной патологией (55%) в сравнении с больными АГ и ИБС (43,3%).

ИМТ достоверно не отличался и составил 23,7±0,5 кг/м2 в группе больных АГ и ИБС и 23,2±0,4 кг/м2 — в группе больных АГ, ИБС и ХОБЛ. Достоверных различий по частоте выявления избыточной массы тела также не было получено: 26,7% больных АГ и ИБС и 25% больных АГ, ИБС, и ХОБЛ.

При анализе показателей липидного обмена установлено наличие дислипидемии различной выраженности у всех обследованных больных. Достоверно более выраженные нарушения липидного обмена выявлялись у больных АГ и ИБС в сравнении с больными ассоциированной патологией: уровень холестерина составил 6,7±0,2 и 5,7±0,3 ммоль/л ($p<0,01$), β-липопротеидов — 66,6±2,1 и 56,4±1,9 ммоль/л ($p<0,001$), а триглицеридов — 3,7±0,1 и 2,2±0,1 ммоль/л ($p<0,001$) соответственно.

Уровень офисного АД у обследованных достоверно не различался и составил 153,3±3,5 и 93,8±1,9 мм рт.ст. у больных АГ и ИБС и 154,6±3,9 и 91,0±1,9 мм рт.ст. у больных АГ и ИБС в ассоциации с ХОБ. При этом ПАД (по данным офисного измерения) у больных ассоциированной патологией было значительно выше, чем у больных АГ и ИБС без ХОБЛ и составило 63,6 и 59,5 мм рт.ст. соответственно.

Выводы. Несмотря на то, что присоединение ХОБЛ к имеющейся сердечно-сосудистой патологии в пожилом возрасте существенно не изменяет структуру факторов риска, у пожилых больных с ассоциированной патологией более часто выявляются курение и отягощенная наследственность по АГ. Меньшая выраженность дислипидемии у больных ассоциированной патологией, вероятно, «компенсируется» более высоким уровнем ПАД, являющимся независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

0531

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ

Округин С.А., Гарганеева А.А., Базилевич И.А., Снигирева Е.А.

Отделение амбулаторной и профилактической кардиологии ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Проанализировать длительность догоспитального этапа (ДЭ) острого инфаркта миокарда (ОИМ) и периодов его составляющих в Томске за 1984 и 2010 гг. и наметить меры по его сокращению.

Материал и методы: Основой для проведения исследования послужили данные эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» выполняемой в Томске с 1984 года. Эпидемиология ОИМ изучалась среди постоянного населения города в возрасте старше 20 лет. Под ДЭ подразумевался интервал времени от момента развития заболевания до госпитализации больного в стационар. Весь ДЭ был разделен на три временных периода: первый — от момента развития ОИМ до обращения больного за медицинской помощью, второй — от обращения за медицинской помощью до первого врачебного осмотра и третий — от осмотра до госпитализации. В ходе исследования было проанализировано 494 случая заболевания ОИМ в 1984 году и 710 случаев в 2010 году.

Результаты исследования: В 1984 году общая продолжительность ДЭ (в среднем на одного больного) составила 11,2 часа. Временные потери в первом периоде ДЭ составили 5,3 часа, во втором — 0,4 и в третьем — 5,5 часа. В 2010 году средняя продолжительность ДЭ сократилась в два раза и составила 5,2 часа ($P<0,001$). Значительно снизились временные потери в первом и в третьем его периодах — 3,0 и 1,7 часа соответственно ($P<0,001$). Организационные затраты не изменились (0,5 часа). Значительное сокращение ДЭ ОИМ связано с существенным увеличением числа больных, обратившихся за помощью в первый час (с 29,2% до 38,4%; $P<0,001$) и в первые 6 часов (с 69,5% до 84,7%; $P<0,05$) заболевания. Одновременно при этом отмечен рост числа заболевших, обратившихся за помощью непосредственно на станцию скорой медицинской помощи (СМП) (с 78,9% до 88,5%; $P<0,001$). Кроме того, существенно увеличилось число случаев, когда к больному ОИМ первично выезжала специализированная бригада СМП (с 78,9% до 88,5%; $P<0,001$). За прошедшее время значительно улучшилась диагностика острой коронарной патологии на ДЭ. Удельный вес эпизодов правильного распознавания ОИМ при первом осмотре больного врачами первичного звена вырос с 54,5% до 72,1% ($P<0,001$). Все это привело к увеличению с 48,2% до 70,7% ($P<0,001$) числа больных ОИМ госпитализированных в первые 6 часов заболевания.

Заключение: Таким образом, за 27 летний период продолжительность ДЭ ОИМ в Томске значительно сократилась вследствие влияния организационных, лечебных, профилактических и возможно, в какой — то степени, психологических факторов. Тем не менее, обращает на себя внимание, что наибольшие временные потери (более 50%) приходились и приходятся на первый его временной интервал. Следовательно, проблема санитарной грамотности населения города остается по-прежнему актуальной, что следует учитывать при разработке мер по оптимизации первичной и вторично профилактики, а также диспансерного наблюдения за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

0532

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Олейник Е.А., Либис Р.А.

ГБОУ ВПО ОрГМА, г. Оренбург, Россия

Цель исследования: оценить изменение качества жизни, клинического состояния и размеров полостей сердца у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ) на фоне терапии комбинацией амлодипина и периндоприла.

Материалы и методы: обследовано 17 больных с ХСН I-II А стадии, I-III ФК на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и/или артериальной гипертонии (АГ). Средний возраст составил 60±7,3 лет. Всем пациентам назначалась комбинация периндоприла и амлодипина. Пациентам исходно и через 12 недель проводилась оценка качества жизни с использованием Миннесотского опросника качества жизни больных ХСН (T. Rector et

al., 1992), оценка по шкале оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС, Cody, 1993, в модификации В. Ю. Мареева, 2000), толерантность к физической нагрузке оценивалась с помощью теста с 6-минутной ходьбой, размеры полостей сердца оценивались методом эхокардиографии (Эхо-КГ) на аппарате Sono Scape. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ Statistica v. 6.0.

Результаты: все пациенты имели артериальную гипертонию, 65% страдали ИБС, 12% перенесли инфаркт миокарда. Средний показатели качества жизни по Миннесотскому опроснику составил 38,4±19,2 баллов. С повышением ФК ХСН качество жизни ухудшалось (p 0,06). Среднее значение теста с 6 минутной ходьбой составило 408,9±69,4 м. У пациентов, имеющих ИБС, качество жизни и результаты теста с 6 минутной ходьбой изначально были хуже.

При первичном обследовании выявлено увеличение следующих параметров миокарда: ПЖ 32±2,6 мм, ТМЖП 13±1,9 мм, ТЗС 12±1,4 мм. Через 12 недель лечения была отмечена тенденция к уменьшению ТМЖП, ТЗС, достоверное уменьшение размеров ПЖ (p=0,05).

При повторном обследовании показатель теста с 6 минутной ходьбой составил 452,8±79,5 м., что достоверно выше исходного значения (p=0,01). Имеется тенденция к улучшению качество жизни с 38,4±19,2 до 37,1±22,9 баллов, причем отмечено достоверное улучшение психо-эмоционального статуса (p=0,004). После проведенного курса терапии достоверно улучшилось клиническое состояние пациентов по шкале оценки качества клинического состояния при ХСН с 3,4±1,4 до 2,1±1,1 баллов (p=0,001).

Выводы: применение комбинации периндоприла и амлодипина благоприятно влияет на течение ХСН-СФВ: повышает качество жизни преимущественно за счет улучшение психо-эмоционального статуса, существенно улучшает клиническое состояние больных, а также способствует регрессу гипертрофии миокарда.

0533

ОЦЕНКА КОНТРАКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Олейников В.Э., Галимская В.А., Донченко И.А.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: сравнение деформационных показателей в постинфарктной зоне миокарда левого желудочка (ЛЖ) и неишемизированных участках у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), с аналогичными сегментами у здоровых субъектов.

Методы исследования: в исследование включено 30 человек — 15 (58,0±9,7 лет), перенесших ИМ и 15 здоровых добровольцев (52,2±9,4 лет). Диагноз ИМ выставлялся на основании анамнеза с повышением кардиоспецифических ферментов и/или наличием рубцовых изменений на ЭКГ. Давность ИМ составила в среднем 3,3±2,9 года. Включались пациенты с локализацией постинфарктных изменений в задних и нижних сегментах на базальном и среднем уровне ЛЖ. Среди них было 9 человек с Q-ИМ и 6 человек с non-Q-ИМ. Исследуемым лицам выполнялось ультразвуковое исследование сердца сканером MyLab90 Esaote (Италия). Компьютерный анализ проводился с использованием программного обеспечения XStrain ™ Esaote (Италия). Определяли продольную, циркулярную и радиальную деформацию (%) и скорость деформации (сек-1) в отдельных сегментах на базальном, среднем и апикальном уровнях. Вычисляли относительную процентную разницу между сегментами, находящимися в постинфарктной зоне (SZ) (n=126) и неишемизированными сегментами (I) вне зоны ИМ у больных с ПИКС (n=496) с аналогичными сегментами у здоровых.

Результаты: продольная деформация и скорость деформации в постинфарктной зоне на базальном, среднем и апикальных уровнях ЛЖ были достоверно меньше на 57, 54, 41% и 65, 44, 42%; циркулярная — 67 и 58%, скорость деформации на 71 и 51%, радиальная — 65, 58, 56% и скорость деформации на 49, 48 и 58% на соответствующих уровнях ЛЖ. Деформация в сегментах I на базальном, среднем и апикальном уровнях была ниже на 38 (p<0,01), 10, и 3%, циркулярной — 26(p<0,01) и 17%(p<0,05). Радиальная деформация была достоверно выше чем в аналогичных сегментах у здоровых людей на 13, 11 и 9%. Показатели продольной, циркулярной и радиальной скорости деформации миокарда ЛЖ сегментов I у больных с ПИКС и аналогичных сегментов здоровых лиц не имели статистически значимого различия.

Выводы: при детальном анализе сегментов в постинфарктной зоне выявлено значимое снижение деформационных характеристик по сравнению с аналогичными сегментами у здоровых лиц. В неишемизированных сегментах выявлено увеличение радиальной деформации и скорости деформации, что возможно обусловлено постинфарктным ремоделированием для поддержания внутрисердечной гемодинамики. Снижение про-

дольной и циркулярной деформации в интактных сегментах обусловлено косым ходом продольных волокон за счет которых происходят данные виды деформации.

0534

НАРУШЕНИЕ ЭКТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ФАКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Олимов Н.Х., Джумаева М.Дж., Элтаназаров М.Д.,Мавлонов Б.Н.

Республиканский клинический центр кардиологии Республики Таджикистан

Цель исследования: оценить роль связи экстракардиальной регуляции (центральной) и вариабельности сердечного ритма, как предиктора развития внезапной смерти у больных в постинфарктном периоде.

Материал и методика исследования. В исследование включено 120 больных с перенесенным инфарктом миокарда, из них 75 мужчин (62,5%) и 45 женщин (37,5%), средний возраст 62,5±8,5 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании критериев ВОЗ. Трансмуральный инфаркт миокарда (ИМ-Q) — диагностирован у 80% (n=96) и интрамуральный (не Q — ИМ) у 20% (n=24).

Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения. Выделение последовательности R-R и последующую обработка данных проводили цифровым методом on line по специальной компьютерной методике (Музалевская Н.И., Урицкий В. М., 2008).

Спектральная оценка (β) вариаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4{,}0x10^{3}$...$4{,}0x10^{1}$Гц (ультранизкие частоты -Унч), характеризующая степень интеграции системных связей формирующих экстракардиальную регуляцию (ЭКР) со стороны центральных отделов нервной системы. Снижение β характеризует потерю устойчивости системы и является мерой дезинтеграции системных связей ЭКР. В норме β=0,95±0,12 отн. ед. (динамический диапазон 0,7...1,3). Помимо β, вычисляли среднее значение R-R интервала, его стандартное отклонение δRR — вариабельность сердечного ритма.

Результаты. Обработка полученных данных показала, что структура Унч флюктуации кардиоинтервала у пациентов в постинфарктном периоде существенно отличаются от контроля (β=0,24±0,08 δ=0,24±0,06мс). Анализ показателей умерших больных (внезапно) в амбулаторных условиях в 18,3% случаев (n=22), показал, что наблюдается выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению показателя ЭКР и вариабельности сердечного ритма за несколько дней до развития внезапной смерти (β=0,09±0,04., δ=0,12±0,4мс). Из этого следует, что соподчиненная взаимосогласованная регуляция сердечного ритма со стороны ЦНС практически отсутствует (дезинтеграция) и имеет место устойчивое снижение вариабельности с переходом в ригидный ритм, что, как известно, считается фактором риска развития внезапной смерти у этих пациентов.

Вывод. Сравнительный анализ показал, что у умерших больных в отличие от выживших, наблюдается снижение показателей системных связей формирующих ЭКР со стороны ЦНС и вариабельности сердечного ритма (b и s) к очень низким значениям. Своевременная диагностика вышеуказанных показателей в свою очередь, может способствовать снижению риска развития внезапной смерти в постинфарктном периоде.

0535

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Олимов Н.Х., Джумаева М. Дж., Мавлонов Б.Н. Джураев Ш.М.

Республиканский клинический центр кардиологии Республики Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность действия донатора оксида азота — тивортина (L-аргинина) на регуляцию и вариабельность сердечного ритма (ВСР) в комплексном лечении больных постинфарктным кардиосклерозом с безболевой формой ишемии миокарда (БИМ).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 100 больных (60 мужчин и 40 женщин, средний возраст 58±9,5 лет) с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), которые были разделены на две подгруппы по 50 человек. Первая подгруппа (ПП) на фоне стандартной терапии в постинфарктном периоде дополнительно получала препарат тивортин внутривенно, далее внутрь, по схеме. Вторая подгруппа (ВП) получала только стандартную терапию без применения препарата тивортина.

Базовым измеряемым параметром в исследовании являлась длительность R-R-кардиоинтервала. Анализированы Sунч — характеризующие экстракардиальную регуляцию (ЭКР) сердечного ритма со стороны ЦНС, Sнч — симпатическая и Sвч — парасимпатическая активация, ВСР и b– спектральная оценка (фрактальная оценка), характеризующая степень интеграции системных связей, формирующих ЭКР со стороны ЦНС.

Результаты и обсуждение. На фоне стандартной терапии показатели степени интеграции системных связей ЭКР (β) и ВСР (δ) в подгруппах (ПП, ВП) до лечения тивортином оставались относительно низкими: ПП→ β=0,36±0,07, δ=0,18±0,06мс; ВП→ β=0,38±0,06, δ=020±0,04мс; в норме β=0,95±0,12 отн.ед. и δ=1,0±0,2мс. Одновременно в подгруппах наблюдалось повышение Sунч (ПП=0,68±0,06., ВП=0,66±0,06) симпатической активации (Sнч, ПП=0,48±0,06., ВП=0,47±0,06). В норме Sунч=0,48±0,04 отн.ед., Sнч=0,30±0,02 отн.ед.

На 10 сутки лечения в ПП получивших препарат тивортин показатели степени интеграции системных связей ЭКР (β) и ВСР (δ), достоверно (p<0,001) отличались от ВП и имели тенденцию к более быстрому приближению к значениям нормы (β=0,62±0,09 отн ед. и δ=52±0,08мс). Анализ Sунч=0,54±0,04 отн.ед, Sнч=0,34±0,04, Sвч=0,24±0,04 имели тенденцию к относительной нормализации. Показатели β, и δ в ВП не получавших препарат тивортин, в это же время оставались по прежнему низкими (β=0,39±0,05 и δ=0,22±0,06 мс). Как и в действительности прогнозировалось, летальность в ВП в период стационарного лечения и в амбулаторных условиях через 3 месяца составила 8% (n=4), реинфарцирования наблюдалось у 2 пациентов, рецидив ангинозных болей выявлено у 6 больных (12%), а в ПП осложнение не зафиксирована.

Выводы. Результаты проведённой терапии свидетельствуют о том, что применение препарата тивортина в комплексном лечении больных постинфарктным кардиосклерозом с БИМ, возможно, не только задерживает процесс углубления ишемии, но и в свою очередь предотвращает нарушение взаимосвязи между центральной регуляцией сердечного ритма с интракардиальной кардиорецепцией, приводящей к повышению ВСР и снижению осложнения в постинфарктном периоде.

0536

ДИСРЕГУЛЯЦИЯ ЭКТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Олимов Н.Х., Джумаева М.Дж., Рахмонов Х.Э., Мухиддинов Х.Х.

Республиканский клинический центр кардиологии Республики Таджикистан

Цель исследования: оценить роль связи экстракардиальной регуляции сердечного ритма, как возможный фактор летального исхода у больных постинфарктным кардиосклерозом с безболевой формой ишемии миокарда (БИМ).

Материал и методика исследования. В исследование включены 100 больных с перенесенными инфарктом миокарда с давностью 6±2,3 лет, у 50 пациентов с БИМ и 50 больных без БИМ. (75 мужчин и 35 женщин, средний возраст 58,5±9,5 лет). Диагноз заболевания устанавливался на основании критериев ВОЗ. Трансмуральный инфаркт миокарда (ИМ-Q) — диагностирован у всех больных, передняя локализация у 87% больных и задняя стенка у 13% пациентов.

Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения. Выделение последовательности R-R и последующая обработка данных проводилась цифровым методом on line по специальной компьютерной методике (Музалевская Н.И., Урицкий В. М., 1998, 2008). Спектральная оценка (β) вариаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4,0x10^{3}$...$4,0x10^{1}$Гц (ультранизкие частоты -Унч), характеризующей степень интеграции системных связей формирующих экстракардиальную регуляцию (ЭКР) со стороны ЦНС. Снижение β характеризует потерю устойчивости системы и является мерой дезинтеграции системных связей ЭКР. В норме β=0,95±0,12 отн. ед. Помимо показателя β, проводили вычисление среднего значения R-R интервала, его стандартное отклонение δRR — вариабельность

сердечного ритма.

Результаты. Обработка полученных данных показала, что структура Унч флюктуации кардиоинтервала у пациентов с БИМ существенно отличаются от нормы, и от больных без проявления БИМ (β=0,24±0,08; δ=24±0,6мс vs β=0,48±0,09; δ=36±0,8мс, p<0,001). В ходе лечения в постинфарктном периоде (в течение 6 месяцев) вышеизложенные параметры постепенно возвращались ближе к норме у пациентов с БИМ и у больных без БИМ (β=0,47±0,14; δ=38±0,8мс и β=0,67±0,18; δ=48±0,10мс). Анализ показателей умерших больных с проявлениями БИМ в 16% случаев (n=8), показал, что наблюдается выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению обоих параметров к нулевому уровню за несколько дней до развития летального исхода (β=0,09±0,06., δ=12±0,4мс). Из этого следует, что соподчиненная взаимосогласованная регуляция сердечного ритма со стороны ЦНС практически отсутствует (дезинтеграция) и имеет место устойчивое снижение вариабельности сердечного ритма с переходом в ригидный ритм (эффект временной «денервации» сердца).

Вывод. С учетом этой важной особенности исследуемого заболевания, применение экспресс-метода оценки риска в постинфарктном периоде может способствовать ранней диагностике скрытых нарушений ЭКР в системе управления кардиогемодинамики и своевременному выявлению группы повышенного риска, и подбора индивидуальной схемы лечения.

0537

ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ У ЛИЦ С ИБС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Омельченко Н.В., Саламатина Л.В., Мамедова С.И.

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

Физическая работоспособность является одним из самых важных прогностических показателей состояния здоровья пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и в наибольшей степени у лиц перенесших реваскуляризацию миокарда. Исследования последних двух десятилетий отчетливо демонстрируют, что физическая работоспособность и уровень тренированности являются независимыми предикторами как кардиальной, так и общей смертности.

Целью нашего исследования явилось изучение физической работоспособности у лиц с ИБС после реваскуляризацию миокарда.

Материалы и методы. В исследование вошли 68 пациентов БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ» перенесших реваскуляризацию миокарда с давностью от 3-х до 6-ти месяцев. Средний возраст обследуемых составил 55,3±7,5 лет. Нагрузочные пробы проводились на тредмиле фирмы General electric Cardiosoft T21100 по протоколу модифицированный Bruse и велоэргометре General electric Cardiosoft с применением стандартной схемы непрерывной ступенчато-нарастающей нагрузки с продолжительностью одной ступени 3 мин.

Результаты. В нашем исследовании средняя продолжительность выполнения нагрузки составила 9,3±2,1 минут, что соответствует нормальной работоспособности. В большинстве случаев 67,5% определялась средняя толерантность к физической нагрузке (II ФК). Высокая ТФН (I ФК) встречалась в 19%, низкая ТФН — в 13,5 %. Средняя мощность максимально достигнутой нагрузки составила 90,0±25,3 Вт. Нами оценивались объективные физиологические показатели, отражающие функциональные возможности человека во время нагрузки, представленные в виде двойного произведения (ДП) и метаболических единиц (МЕТ). Среднее значение ДП в нашем исследовании составило 165,2±35,4. Однако, учитывая тот факт, что нагрузочные пробы проводились на фоне приема бета-блокаторов и/или антагонистов кальция, в нашем случае, использование этого критерия, для оценки ТФН представляется не совсем корректным. Наиболее объективным показателем для измерения аэробной работоспособности миокарда является определение МЕТ. В нашем исследовании среднее значение МЕТ составило 5,5±1,9 ед. Число МЕТ 7 ед. и более, что соответствует высокой ТФН, регистрировалось в 26,5% случаев. Большинство обследованных лиц достигали от 4,0 до 6,9 МЕТ, что является эквивалентом средней толерантности к физическим нагрузкам (II ФК). Количество МЕТ менее 4 (III ФК) определялось у 14,7% пациентов.

Выводы. У большинства пациентов с ИБС (58,8%) после реваскуляризации миокарда толерантность к физической нагрузке (по МЕТ) соответствует среднему уровню, высокая толерантность к физической нагрузке регистрировалось в 26,5% случаев и низкая у 14,7% пациентов.

0538

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Омельченко Н.В., Гунченко Н.Д., Карнышева С.И., Шим Н.Н.

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

Цель. Определить частоту выявления различных типов нарушения диастолической функции левого желудочка у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 220 взрослых пациентов с вирифицированным диагнозом артериальной гипертонии в сочетании с ишемической болезни сердца, проходивших плановое обследование в амбулаторно-поликлинических условиях окружного кардиологического диспансера г. Сургута. ЭхоКГ проводилось на аппарате Vivid 7 (General electric). Доплеровское исследование трансмитрального диастолического кровотока проводилось в апикальной четырехкамерной позиции. В соответствии с рекомендациями European Study Group of Diastolic Heart Failure диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ была диагностирована на основании вычисления отношения E/A, времени замедления раннего диастолического кровотока (DT), времени изоволюмического расслабления (IVRT) и определения соответствия 3 показателей одному из 3 типов нарушения диастолической функции ЛЖ — замедленной релаксации, псевдонормализации или рестрикции.

Результаты и обсуждение. Под диастолической дисфункцией (ДД) подразумевается нарушение расслабления и/или растяжимости ЛЖ, приводящее к нарушению его наполнения, что, в свою очередь, может проявиться в виде повышения давления наполнения (ДН) ЛЖ. Тип наполнения ЛЖ отражает лишь тяжесть имеющихся диастолических нарушений и не специфичен для того или иного заболевания. В нашем исследовании, в большинстве случаев — 82%, ДД ограничивалась изолированным нарушением расслабления. Этот тип нарушения является наиболее благоприятным, так как протекает без значимого повышения ДН, следовательно существует бессимптомно, не вызывая клинических проявлений диастолического нарушения. При прогрессировании ДД начинает повышаться ДН. Именно ДН определяет клинические проявления ДД, при его повышении, заболевание переходит из разряда бессимптомной дисфункции в разряд ХСН — у больного появляется одышка. Обнаружение псевдонормального и рестриктивного типа наполнения ЛЖ всегда указывает на высокое ДН ЛЖ. В нашем исследовании псевдонормализация определялась у 10% обследованных лиц. Особенно неблагоприятный прогноз при рестриктивном типе ДД, в этом случае ремоделирование сердца достигает такой степени, когда систолическая дисфункция уже не играет основной роли, как на начальных стадиях становления ХСН. Рестриктивный тип ДД определялся нами в 8% случаев.

Заключение. При оценке диастолической дисфункции ЛЖ у пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в 82% случаев выявлено изолированное нарушение расслабления, псевдонормализация определялась у 10% обследованных, рестриктивный тип диастолической дисфункции — у 8% пациентов.

0539

ПРЕСТАНС В СНИЖЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Онищенко Е. Г., Позднякова О.А., Грудцына И.В., Варфоломеева Е.П.

МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1»;

ГБОУ «Новокузнецкий ГИУВ» МЗ РФ, г. Новокузнецк, Россия

Цель. Оценить влияние комбинированного антигипертензивного препарата «Престанс» на 5-летний риск развития резистентной артериальной гипертензии .

Материалы и методы. В исследование включены 39 пациентов в возрасте от 36 до79 лет (средний 60,05±9,35 лет), из них 16 мужчин (41%) и 23 женщины (59%). Все пациенты (100%) были с осложненным течением артериальной гипертензии (АГ) и перенесли инфаркт миокарда, из них у 5 (12,8%) была проведена реваскуляризация миокада. Стаж АГ составлял от 1 до 30 лет (в среднем 11,18±7,56 лет), 24 пациента имели II степень АГ (61,5%) и 15 человек — III степень АГ (38,5%). Все пациенты находились на амбулаторном лечении в кардиологическом диспансере и имели неконтролируемую АГ на фоне подобранной ранее антигипертен-

зивной терапии. Из них на монотерапии находилось 4 пациента (10,3%), двухкомпонентную антигипертензивную. терапию получали 15 человек (38,5%), трехкомпонентную — 15 (38,5%), четырехкомпонентную — 4 (10,3%), пять препаратов получал 1 пациент (2,6%). Избыточная масса тела имелась у 22 больных (ИМТ=25-29,9 кг/м2) — 56,4%, ожирение разной степени (ИМТ›29,9 кг/м2) — 9 (23,1%), с нормальной массой тела было 8 человек (ИМТ=18-24,9 кг/м2) — 20,5%, 6 пациентов имели сахарный диабет (15,4%). Критериями исключения были хроническая сердечная недостаточность IVФК (NYHA), стенокардия III-IVФК, тяжелые нарушения ритма сердца, тяжелая почечная и печеночная недостаточность, тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких. Всем пациентам после осмотра и обследования назначали комбинированный антигипертензивный препарат «Престанс», в различных дозах — при неэффективной 2-х компонентной терапии в дозе 10/5 и 5/10 мг в сутки, при неэффективной 3-х и более компонентной терапии назначалась доза 10/10 мг, также пациенты принимали диуретики и бетаблокаторы. Эффективность лечения оценивалась по офисным измерениям методом Короткова. Для оценки величины артериального давления (АД) выполняли три измерения с интервалом 3 минуты, учитывали среднее из 3-х измерений. Коррекция антигипертензивной терапии осуществлялась по результатам офисных измерений и домашнего самоконтроля АД. На момент включения среднее систолическое АД (САД) составило 168,4±32,1 мм рт ст, среднее диастолическое АД (ДАД) — 93,3± 16,9 мм рт ст. Снижение риска развития резистентной АГ в течение 5 лет оценивали по шкале Gupta AK et al. (2011) через 3 месяца терапии.

Результаты. Через 3 месяца терапии среднее САД составило 139± 15,6 мм рт ст (p=0,000), среднее ДАД — 80,3± 6,3 мм рт ст (p=0,000). Снижение АД позволило снизить риск развития резистентной АГ с 57,3±18,6% до 29,0±15,5% (p=0,000).

Выводы. Применение антигипертензивного препарата «Престанс» с фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина в лечении осложненной АГ позволяет снизить риск развития резистентной АГ в течение 5 лет с 57 до 15% и существенно улучшить прогноз у таких пациентов.

0540

ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА — ЧТО ЕМУ ПРЕДШЕСТВУЕТ?

Опалинская И.В., Бусалаева Е.И., Васильева Н.П., Маркова Е.А, Андреева И.Л.

ФГБОУ ВПО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», Чебоксары

Известно, что прогноз ухудшается с каждым перенесенным инфарктом миокарда (ИМ). Достаточно хорошо изучены факторы риска развития ИМ. Есть ли особенности в причинах развития первого и повторного ИМ? Как еще возможно усилить вторичную профилактику ИМ? В связи с чем, возникает необходимость изучить вероятные причины развития именно повторного ИМ.

Цель работы: выявить и сравнить причины, предшествующие развитию первого и повторного ИМ; оценить качество и приверженность пациентов к лечению и профилактике этих событий.

Материалы и методы: объект исследования — 80 пациентов, у которых был диагностирован острый ИМ. Из них: с первым ИМ — 40 пациентов (1 гр.), с повторным ИМ — 40 пациентов (2 гр.). Исследование проходило на базе сосудистого центра республиканской клинической больницы, включало опросники, проведение физикального и лабораторно — инструментального обследования.

Результаты: достоверных различий по возрасту в 1 и 2 гр. не отмечено (58,67 + 3,56 и 62,8 + 3,68 лет и, соответственно). Сопутствующая артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) сходно встречались в 1-й и 2-й группах (90% и 95% случаев и 14,05 + 6,6% против 12,07 + 4,3% соответственно, p≥0,05). Большее значение имела отягощенная наследственность у пациентов 2 гр. в сравнении с 1 гр.: по ИБС (63,64% против 31,58%, p<0,05), по АГ (36,36% против 31,58%, p=0,05), по СД (18,18% против 13,16%). Отмечалась выраженная тенденция к падению адекватной физической активности у пациентов, ранее перенесших ИМ (9,1% против 44,7%). Процент курящих больных был сходным (около1/2) в обеих группах. Процент лиц, умеренно употребляющих алкоголь выше во 2 гр. (61,5% против 55,3%, p=0,05). Индекс массы тела был меньше у пациентов 2 гр. (26,9+1,21 против 29,05 + 1,7, p=0,05). Психоэмоциональный стресс, как более частый провоцирующий фактор выделяют 45,45% больных 2 гр. против 29,05% пациентов 1 гр. (p<0.05). Во 2 гр. чаще возникали нарушения ритма (35,00% против 7,50%, p<0.05), стенокардия (42,31% против 5,26%, p<0,05). Среднее значение холестерина (ХС) было достоверно выше у пациентов 1 гр. в сравнении со 2 гр. (5,12+0,31 против 4,82+0,38, p=0,05) за счет уровня ХС ЛПНП (4,1 + 0,9 против 2,96 + 0,39, p=0,05). Целевой уровень АД был достигнут у пациентов с повторным ИМ в 72,73% случаев, и в 68,42% случаев у пациентов с первым ИМ.

Анализ проводимой терапии на амбулаторном этапе показал, что приверженность к терапии у больных 2 гр. была выше: комбинированную терапию из трех и более препаратов получали 42,30% пациентов 2 гр. против 5,20% — 1 гр. Высокая стоимость (11,54% и 7,89%) и побочные эффекты (19,23% и 7,89%) препаратов достоверно чаще отвращают от лечения пациентов 2 гр. в сравнении с 1 гр. Но недостаточная информированность о своем заболевании и необходимости приема препаратов (34,62% и 34,21%) одинаково часто являются причиной низкого качества лечения.

Выводы:

1. Для развития повторного ИМ в сравнении с первым ИМ большее значение имеет наследственность по ИБС и АГ и подверженность к стрессам.

2. У пациентов с повторным ИМ еще больше снижается уровень физической активности и увеличивается количество вредных привычек.

3. Основной причиной низкой мотивации пациентов к лечению является все еще малая информированность об этом заболевании, его последствиях и необходимости строгого соблюдения лечения.

0541

МОНИТОРИНГОВАЯ ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ополонский Д. В., Максимов Н. И., Майшева А. М., Ополонская П. Е., Юсупов А. Х.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»,
БУЗ УР «Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР», Ижевск, Россия

Цель. Оценка мониторинговой пульсоксиметрии в диагностике апноэ сна у больных острым инфарктом миокарда.

Задачи. Изучить распространенность апноэ сна у больных острым инфарктом миокарда; оценить влияние апноэ сна на тяжесть инфаркта миокарда; оценить возможность анкетного выявления апноэ сна.

Материалы и методы. Исследование проведено у 60 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) (женщин — 19, мужчин — 41; возраст 61,4±1,3 год; индекс массы тела 29,5±0,8 кг/м2; 44 пациента перенесли ОИМ впервые, 16 — повторно; передний ОИМ выявлен у 26, задний — у 28, другой — у 6 больных; ОИМ без зубца Q — 8 больных, с зубцом Q — 52).

Показатели сатурации крови (SpO2) во время ночного сна изучали с помощью компьютерного пульсоксиметра «Pulse Ox 7500» (SPO medical, Израиль). Степень дневной сонливости оценивали с помощью Epworth Sleepiness Scale (ESS), качество сна — с помощью Stanford Sleepiness Scale (SSS). Обследования проведены на 12,9±0,9 день от развития ОИМ. Оценивали максимальные значения АСТ, АЛТ, КФК МВ и тропонинов крови.

Результаты. Среднее количество десатураций составило 91,8±11,1, индекс десатураций (ИД) — 12,8±1,6/час (в норме 0-5/час). Нормальный ИД, свидетельствующий об отсутствии апноэ сна, выявлен у 19 (31,7%) больных. Легкая форма апноэ сна (ИД 5-15/час) установлена у 22 (36,7%) больных, умеренная форма (ИД 15-30/час) — у 14 (23,3%), тяжелая форма (ИД ›30/час) — у 5 (8,3%) больных. Средняя SpO2 составила 94,8±2,7% (в норме ›93%). Нормальная SpO2, свидетельствующая об отсутствии хронической ночной гипоксемии, выявлена у 51 (85%) больного. Легкая ночная гипоксемия (SpO2 92-90%) установлена у 7 (11,7%) больных, умеренная (SpO2 89-87%) — у 1 (1,7%), тяжелая (SpO2 ‹86%) — у 1 (1,7%) больного. Средние показатели максимальных значений маркеров некроза миокарда составили: КФК МВ 116,1±16,8 Ед/л, тропонины 2,9±0,8 нг/мл, АСТ 132,8±16,3 Ед/л, АЛТ 60,9±4,7 Ед/л. Степень дневной сонливости по ESS составила 6,0±0,5 баллов (в норме 0-8 баллов); качество сна по SSS — 2,7±0,2 балла (ниже среднего).

При корреляционном анализе выявлены связи: ИД-АСТ (r=-0,315, p‹0,05), ИД-АЛТ (r=-0,259, p‹0,05), ИД-КФК МВ (r=-0,342, p‹0,01), средняя SpO2-тропонины (r=0,282, p‹0,05). Таким образом, для больных с апноэ сна и хронической ночной гипоксемией характерен меньший выброс АСТ, АЛТ, КФК МВ и тропонинов в кровь при остром инфаркте миокарда. Достоверных связей между ИД и ESS, SSS, а также между средней SpO2 и ESS, SSS не выявлено.

Выводы. Мониторинговая пульсоксиметрия показала себя эффективным методом диагностики апноэ сна у больных острым инфарктом миокарда. Больные данной категории характеризуются высокой распространенностью и тяжестью апноэ сна. При апноэ сна и ночной гипоксемии выявлено снижение биохимических показателей некроза миокарда. Стандартные анкеты не позволяют эффективно выявлять апноэ сна у больных острым инфарктом миокарда.

0542

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КРИЗОВЫМ ЕЕ ТЕЧЕНИЕМ

Орлов Ф.А., Пестовская О.Р., Гаспарян С.С., Захарова Е.Г.

ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко Минобороны России», Москва

Гипертоническая болезнь (ГБ) — ведущая медико-социальная проблема современной кардиологии. Течение ГБ нередко осложняется развитием гипертонических кризов (ГК).

Цель исследования: изучение особенностей ремоделирования миокарда у больных с кризовым течением ГБ.

Материалы и методы: ретроспективно проведен анализ 40 историй болезни пациентов с ГБ находившихся на лечении в кардиологическом центре госпиталя в 2012 году. Первая группа сравнения — истории болезни 24 пациентов (18 мужчин и 6 женщин) с кризовым течением ГБ, вторая — истории болезни 16 пациентов (14 мужчин, 2 женщины) с стабильным течением ГБ. Средний возраст больных составил 66,8±2,9 лет, длительность ГБ 12,6±1,6 года, артериальная гипертензия (АГ) вне кризового течения соответствовала 1 степени. У половины (52%) пациентов групп сравнения в анамнезе была ИБС с клиникой нагрузочной стенокардии на уровне 2 ФК. Больные с инфарктом миокарда и мозговым инсультом в исследование не включались.

Результаты: по данным эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у больных 1 группы индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) составил 130,5+12,3 г/м2, в то время как у пациентов 2 группы он был 105,5+11,3 г/м2 ($p<0,05$), кроме этого достоверные различия отмечены и в диастолической толщине межжелудочковой перегородки (ДТ МЖП) (1,34+0,20 и 1,01+0,10 см соответственно). Напротив, статистически значимых различий в диастолической толщине задней стенки ЛЖ не получено (1,0+0,1 см и 1,0+0,2 см соответственно). Показатели трансмитрального диастолического потока Е/А были достоверно ниже у больных с кризовым течением ГБ (1 группа) (0,61+0,12 и 0,97+0,11 соответственно). Передне-задний размер левого предсердия (ЛП) косвенно свидетельствующий о нарушении диастолической функции ЛЖ у пациентов с кризовым течение ГБ (1 группа) был 4,5+0,6 см., в то время как у больных 2 группы он равнялся 3,9+0,7 см ($p<0,05$). Кризовым характером течения ГБ, по всей видимости, объясняется увеличение диаметра корня аорты до 4,3+0,7 см у больных 1 группы, у пациентов 2 группы ее диаметр составлял 3,4+0,9 см ($p<0,05$). Достоверных различий в показателях насосной функции ЛЖ и уровне давления в легочной артерии не получено.

Выводы: у больных с кризовым течением ГБ достоверно больше индекс ММЛЖ, гипертрофия миокарда носит ассиметричный характер, кроме этого имеет место нарушение диастолической функции ЛЖ.

0543

СВЯЗЬ ПРИНЦИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Орлов А. В., Ротарь О. П., Колесова Е. П., Могучая Е. В., Бояринова М.А., Конради А. А., Шляхто Е.В.

ФГУ «ФЦСКЭ имени В. А. Алмазова», Санкт-Петербург

Введение. Особенности образа жизни, в том числе пищевые предпочтения, являются основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и способствуют развитию сердечно-сосудистой смертности в 60%. Целью нашего исследования является оценить связь такого аспекта пищевого поведения как потребление овощей и фруктов с некоторыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Все участники были опрошены по специальному вопроснику (переведенный и адаптированный на русский язык вопросник EPFQ (Epic Potsdam Food Questioner), включающий в себя вопросы о частоте потребления основных групп продуктов питания с указанием стандартной порции и изменения характера питания за последний год. Информация о статусе курения (курильщики, курильщики в прошлом и не курящие участники), уровне образования (было выделено 3 уровня образования — среднее, среднее специальное, высшее) была получена. Была произведена стандартная антропометрия (вес, рост) с расчётом индекса массы тела (ИМТ). Все участники подписали информированное согласие.

Результаты. Всего было обследовано 200 человек, для анализа было пригодно 183 анкеты участников. Средний возраст обследованных — 54 (от 20 до 81) года, большинство составили женщины (119 (65%)). Среди мужчин была выявлена зависимость между уровнем образования и потреблением свежих фруктов ($r=0,25$,

p<0,05) и приготовленных овощей (r=0,30, p<0,05), отрицательная корреляция между возрастом и потреблением мясо-содержащих продуктов (r=-0,32, p<0,05). Среди мужчин зависимости между ИМТ и потреблением каких-либо пищевых продуктов выявлено не было. При анализе по группам значимые отличия выявлены в потребление фруктов среди мужчин и женщин — 1,45 и 1,86 соответственно (p<0,05). Значимых отличий пищевых предпочтений у людей с разными уровнями образования выявлено не было. Значимых отличий между лицами с ожирением и ИМТ менее 30 кг/м2 также выявлено не было.

43% и 50% опрошенных потребляют недостаточное количество приготовленных овощей в зимние и летние месяцы (частота потребления‹0,7/день и ‹0,5/день, соответственно). У данных лиц выявлена отрицательная зависимость между ИМТ и потреблением приготовленных овощей. Недостаточно свежих овощей в летние и зимние месяцы потребляют 25% (частота потребления ‹1/день) и 43% (частота потребления ‹0,5/день). В этой группе опрошенных ИМТ отрицательно коррелировал с потреблением фруктов (r=-0,44, p<0,05). Фрукты с частотой менее 1/день летом и менее 0,7/день зимой потребляют 28% и 36%, соответственно.

Заключение. От 25 до 50% опрошенных потребляют недостаточное количество свежих овощей и фруктов, что может быть связано с повышением ИМТ. Было отмечено, что мужчины потребляют меньше свежих фруктов, однако, среди мужчин, с увеличением возраста и уровня образования возможна динамика пищевых предпочтений в сторону более здорового питания.

0544

ОСОБЕННОСТИ ПОСТГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ

Осадчук Е.А., Кузьмин В.П., Ильина Е.В., Косицына Г.В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер. Самара, Россия

Медикаментозные и психологические аспекты реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших инфаркт миокарда (ИМ), после высокотехнологических операций на сердце-стентирование коронарных артерий (КА) актуальны, требуют индивидуального подхода к ведению.

Цель исследования-оценить эффективность реабилитационных мероприятий, включая качество жизни (КЖ) у пациентов, перенесших ИМ с ХСН 1-3 функционального класса (ФК) по NYHA после стентирования КА на постстационарном этапе наблюдения.

Методы исследования-клинические, кардиологические, тест с 6-ти минутной ходьбой, инструментальные — электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), интегральный показатель КЖ (норма-5+1 баллов).

Обследовано 69 человек, перенесших ИМ с признаками ХСН после стентирования КА, средний возраст 63,2±3,2 лет. I группа (15 человек) с ХСН 1-го ФК по NYHA, на ЭхоКГ фракция выброса (ФВ) составила 56,2±1,6%. Терапия ХСН включала ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Показатель КЖ –7,11±2,13 баллов. Во II группе (29 человек)с ХСН 2-го ФК, по ЭхоКГ ФВ — 48,9±2,1%. Терапия ХСН включала ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы в индивидуально подобранных дозах. Интегральный показатель КЖ –7,8±1,8 баллов. В III группе (25 человек) с ХСН 3-го ФК, по ЭхоКГ ФВ 40,1±1,2%. Комбинированная терапия ХСН: ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, мочегонные-спиронолактон до 50-100 мг/сутки, торасемид 5-20 мг/сутки, гидрохлортиазид 25-100 мг/сут. КЖ по опроснику –9,22±2,13 баллов. Через 12 месяцев в ходе реализованных программ в I группе отмечалось улучшение клинической симптоматики, повышение ФВ до 60,2±1,5% (p<0,05), увеличилась толерантность к физической нагрузке на тесте с 6-ти минутной ходьбой с 487,2±12,3 м до 541,2±13,1 м (p<0,05). Показатель КЖ повысился до -3,74±3,22 балла (p<0,05). За счет снижения ограничений по параметрам: ограничение на работе, активности в повседневной жизни. Во II группе у 9 человек произошла трансформация ХСН 2-го в 1-й ФК, по ЭхоКГ (p<0,05) повысилась ФВ до 51,3±2,3%, уменьшились размеры и объемы полостей левого желудочка. На тесте с 6-ти минутной ходьбой-увеличение с 322,3±14,8 до 405,1±8,7 м (p<0,05).Интегральный показатель КЖ (p<0.05) повысился до -4,63±2,33 баллов. В III группе произошла трансформация ХСН 3-го во 2-й ФК у 8 человек, по ЭхоКГнедостоверное (p>0,05)повышение ФВ на 1-2%, по тесту с 6-ти минутной ходьбой с 182,3±6,3 м до 221,4±4,8 м (p>0,05). Показатель КЖ (p<0,05) повысился до -7,11±2,73 баллов.

Выводы: индивидуальный, личностно-ориентированный подход к реабилитации пациентов, перенесших ИМ, после стентирования КА эффективен и оптимален, согласуется с задачами практического здравоохранения.

0545

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Осиев А.Г., Артамонова Е.А., Кретов Е.И., Мироненко С.П., Курбатов В.П., Малахова О.Ю, Найденов Р.А.

ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения России. Новосибирск

Цель: Оценить клиническую эффективность и безопасность транскатетерной септальной абляции у пациентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией.

Методы: Мы выполнили транскатетерную септальную абляцию у 114 пациентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией. Средний возраст составил 51±9.7 лет. В исследование входило мужчин -55 (48%), женщин -59 (52%). Средний градиент давления в выходном отделе левого желудочка составил 72.5±20.5 мм.рт.ст. После транскатетерной септальной абляции при помощи магнитно-резонасной томографии (МРТ) мы исследовали локализацию и размер зоны абляции.

Результаты: После процедуры транскатетерной септальной абляции градиент давления в выходном отделе левого желудочка снизился с 72.5±20.5 мм.рт.ст до 30.7±14.1 мм.рт.ст. Во время и в ближайшем послеоперационном периоде не возникало случаев летального исхода. Атриовентрикулярная блокада потребовавшая имплантации электрокардиостимулятора возникла у одного пациента (1%). Контрастная МРТ не выявила зон абляции за приделами области обструкции выходного отдела левого желудочка. Зона абляции в большинстве случаев (70%) соответствовала правожелудочковой части межжелудочковой перегородки, левоожелудочковой части межжелудочковой перегородки в 8% случаев, и в 22% случаев с стороны обеих камер сердца.

Выводы: Транскатетерная септальная абляция эффективный и безопасный метод эндовасулярного лечения пациентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией. При этом контрастная магнитно-резонансная томография может быть важным диагностическим методом оценки результатов транскатетерной септальной абляции.

0546

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКРЫТОЙ, МАСКИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Лобанова Н.А *, Пырикова Н.В. * Мирошниченко А.И.*

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, *НУЗ ОКБ на станции Барнаул

Целью исследования было выявить частоту изолированной амбулаторной (скрытой) артериальной гипертонии, ее особенности и 5-летний прогноз у лиц с профессиональным стрессом.

Материал и методы. Нами были обследованы 150 мужчин в возрасте до 55 лет, имеющих стрессовую профессию (работники локомотивных бригад). Проводилось офисное измерение АД методом Короткова, суточное мониторирование АД в рабочие часы и часы отдыха, стресс-тест «математический счет». Осуществлялось проспективное 5-летнее диспансерное наблюдение за пациентами.

По результатам офисного и амбулаторного измерения АД 68 мужчин (45,4%) оказались нормотониками, у 38 пациентов (25,3%) диагностирована эссенциальная артериальная гипертония (АГ), у 9 (6%) имелось повышение только офисного АД, изолированная офисная АГ (гипертония белого халата), у 19 пациентов (12,7%) — зарегистрировано повышение амбулаторного АД при нормальных офисных значениях, изолированная амбулаторная гипертония (скрытая гипертония).

У больных со скрытой АГ по сравнению с пациентами с эссенциальной АГ и нормотониками имелась повышенная реактивность на стресс-тест «математический счет», проявляющаяся большим приростом САД на 7,9 мм рт.ст. ($p<0,001$) и ЧСС на 4,3 уд в мин. ($p<0,001$). Повышенную стресс-реактивность имели пациенты с ранним сердечно-сосудистым анамнезом (больший прирост САД на 35,0%, $p = 0,001$) и с абдоминальным ожирением (большие приросты САД и ЧСС на 33,8 ($p = 0,001$) и 25,4% ($p = 0,001$) соответственно). Выявленные особенности реагирования на психоэмоциональную нагрузочную пробу у лиц были основанием рассматривать стресс-тест «математический счет» как метод скрининговой диагностики скрытой АГ. При наличии исходного САД более 130 мм рт.ст., и приростов САД (ΔСАД) более 7%, и (или) прирост ЧСС (ΔЧСС) более 10% в ответ на тест «математический счет» у обследуемого диагностировалась скрытая гипертония.

Через 5 лет проспективного наблюдения из 9 пациентов с изолированной офисной гипертонией только у 1 диагностирована АГ. У 29,4% мужчин со изолированной амбулаторной гипертонией выявлена стабильная АГ, причем у 40% из них имелись признаки поражения органов-мишеней, у 50,0% — диастолическая дисфункция левого желудочка I типа, а у 30,9% — выраженная эндотелиальная дисфункция (вазоконстрикторная реакция эндотелия в манжеточной пробе).

Таким образом, частота развития изолированной амбулаторной гипертонии составляет 12,7%, треть из этих пациентов через 5 лет имеют уже стабильное повышенные цифры АД, причем у 40% из них отмечается поражение органов-мишеней.

0547

СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТЬ ГЕМОДИНАМИКИ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Осипова И.В, Пырикова Н.В., Антропова О.Н., Комиссарова И.Н.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ, г. Барнаул

Цель: оценить стресс-реактивность гемодинамики и ее взаимосвязь с психосоциальными и традиционными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у работников локомотивных бригад.

Методы исследования: Обследовано 157 мужчин (машинисты и помощники машинистов) 22-55 лет. Проводились: анализ факторов риска ССЗ, самооценка психосоциального стресса по Ридеру, шкала HADS тревоги и депрессии. Для оценки стресс-реактивности выполнялся тест «математический счет», повышенная стресс-реактивность расценивалась при приросте систолического артериального давления более 7% и/или приросте частоты сердечных сокращений более 10% от исходных показателей.

Результаты: По результатам стресс-теста «математический счет» сформированы 2 группы: 1-я 54 работника локомотивных бригад с повышенной стресс-реактивностью гемодинамики (34,4%); 2-я 103 мужчины с нормальной гемодинамической реакцией на стресс (65,6%). У лиц с положительной стресс-реактивностью семейный анамнез ранних ССЗ (12,9%) встречался в 4,4 раза чаще (χ^2=4,4; p=0,03), чем лиц с нормальной стресс-реактивностью (2,9%). Мужчины вне зависимости от стресс-реактивности курили с одинаковой частотой (57,4 и 42,7% соответственно). При этом за смену выкуривали в 1-й группе 21,5±11,6, во 2-й 14,4±9,5 сигарет, что больше на 10,2 шт. и на 7 шт. (p<0,05), чем в выходной день (11,3±6,8 и 7,4±3,9 сигарет соответственно в 1-й и 2-й группе). В 1-й группе мужчины на 14,1% чаще употребляли алкоголь выше допустимых значений, чем во 2-й (p>0,05), при этом во 2-й группе в 8,9% мужчины не употребляли алкоголь в течение последнего года. По результатам шкалы Ридера среди мужчин с повышенной стресс-реактивностью гемодинамики низкий уровень психосоциального стресса выявлен у 16,7%, средний уровень стресса у 53,7%, высокий уровень у 29,6%. Среди лиц с нормальной гемодинамической реакцией низкий уровень психосоциального стресса выявлен у 75,7%, высокий уровень у 24,3%, средний уровень стресса не встречался. Таким образом, у работников локомотивных бригад с нормальной стресс–реактивностью гемодинамики в 4,5 раза чаще (χ^2=47,7; p<0,01) встречался низкий уровень стресса, чем у машинистов и их помощников с повышенной стресс–реактивностью. В 1-ой группе субклиническая тревога по шкале HADS встречалась у 25,9% обследованных, что в 3,8 раза чаще (χ^2=9,6; p=0,002), чем во 2-й группе (6,8%). Нормальные показатели, характеризующие тревогу по шкале HADS, выявлялись в 1-й группе (70,4%) в 1,3 раза реже (χ^2=10,0; p=0,002), чем во 2-й (91,3%). Частота субклинической депрессии по шкале HADS в обеих группах не различалась (5,6 и 4,8% соответственно), случаев клинической депрессии не выявлено.

Таким образом, работники локомотивных бригад в 34,4% случаев имеют повышенную стресс-реактивность гемодинамики. У мужчин с повышенной стресс-реактивностью, в отличие от лиц с нормальной гемодинамической реакцией, встречается чаще в 4,4 раза ранний анамнез ССЗ, в 3,8 раза субклиническая тревога, в 4,5 раза реже низкий уровень психосоциального стресса по Ридеру.

0548

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ НА АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Османова А.В., Кудаев М.Т., Каллаева А.Н., Ахмедова Д.А., Атаева З.Н., Магомедов А.З., Гусейнова Р.К., Амбоян А.С., Алиева М.Г., Эзиляева М.Р., Махмудова Э.Р. ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала

Цель: изучение влияния локальной наружной контрапульсации (ЛНК) на тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) у больных пожилого возраста, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Методы исследования: в исследование включено 46 больных ХСН II-III ФК, в возрасте от 65 до 74 лет, имеющих наряду с основным заболеванием ТДР. Для выявления аффективных расстройств использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Методом случайной выборки больные распределялись на две группы: основную (n-24) и контрольную (n-22). В первой группе наряду с традиционным лечением использовался метод ЛНК ежедневно по 1 процедуре, 5 процедур в неделю. Курс лечения составил 20 процедур (4 недели), с повторением на 20-й день и через 3 месяца. Вторую группу составили пациенты, получавшие традиционное лечение. Оценивали уровень тревожности и депрессии. 8-10 баллов — субклиническая тревога и депрессия, более10 баллов — клинически выраженная тревога и депрессия. Полученные результаты: при оценке результатов исследования выявилось, что практически у всех отмечались симптомы тревоги различной степени. После проведенного курса лечения наблюдалось значительное улучшение показателей уже на 20-й день. Субклинической тревожностью исходно страдали 76% больных, на 20-й день этот показатель снизился до 59%, через 3 месяца — до 37%. Клиническая депрессия имела место у 24% больных исходно, на 20-й день — у 19%, через 3 месяца — у 15%. Усредненный балл депрессии снизился на 12%. Выводы: таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать применение метода ЛНК для улучшения аффективных показателей у лиц пожилого возраста, страдающих ХСН.

0549

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ АОРТЫ И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Остапенко В.С., Иртюга О.Б., Моисеева О.М.

Федеральный специализированный перинатальный центр ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», Санкт –Петербург

Цель исследования — оценить риск развития осложнений на протяжении беременности и родов у пациенток с заболеваниями аорты и аортального клапана (АК).

Материалы и методы. За период с января 2011 по декабрь 2012 года в ПЦ родоразрешены 5235 женщин, 43 (0,8%) из которых имели патологию аорты и АК. Средний возраст пациенток составил 28,5±4,4 лет. Все обследованные были разделены на 2 подгруппы: в первую вошли пациентки с врожденным пороком сердца (ВПС) — бикуспидальным аортальным клапаном (БАК) — 53,5% (n=23), во вторую подгруппу вошли 20 пациенток (46,5%) с трикуспидальным АК (ТАК).

Результаты. Родоразрешено 12 пациенток (27,9%) с диагнозом коарктация аорты, хирургически корригированная до беременности только у 9 (75%). Рекоарктация аорты выявлена у 3 (33,3%) пациенток. Среди 16 пациенток (37,2%) с аортальной недостаточностью (АН) большинство имели АН I степени — n=11 (68,7%), n=5 (31,2%) — АН II степени. В 56,2% случаев (n=9) АН сочеталась с аортальным стенозом (АС). Нарастания степени тяжести АН за время беременности не наблюдалось. Доля пациенток с АС составила 55,8 % (n =24). У 3 (12,5%) пациенток имел место тяжелый АС, у двух из них диагностирован моностворчатый АК (МАК), в одном случае — высокий градиент на протезе АК. Пациентки с МАК были родоразрешены в срок без осложнений. В связи с нарастанием клиники сердечной недостаточности и скорости кровотока на протезе пациентка с протезом АК родоразрешена на 36 неделе. Пациентки с дилатацией аорты (n=4; 9,3%) родоразрешены после 39 недель: трое — оперативным путем, пациентка с диаметром аорты 42 мм родоразрешена через естественные родовые пути (ЕРП). К особенностям родоразрешения пациенток с патологией аорты и АК можно отнести преждевременные роды (до 37 нед) (n=3; 7%), оперативное родоразрешение (n=22; 51,1%), дискоординацию родовой деятельности (n=2; 4,6%) и преждевременное излитие околоплодных вод (n=2; 4,6%). Во вре-

мя родов через ЕРП в 71,4% случаев (n=15) выполнялась перинеотомия, в 2,3% (n=1) — вакуум экстракция плода. Средний вес новорожденных составил 3224±481 гр. Вес новорожденных в 8,9 % (n=4) не соответствовал срокам гестации. Оценка по АПГАР у 43 (95,6 %) новорожденных была ≥ 7/8 баллов. При сравнении подгрупп пациенток с БАК и ТАК оказалось, что в первой подгруппе преобладало оперативное родоразрешение (60,9%), у пациенток с ТАК — роды через ЕРП (65%). В подгруппе ТАК оценку 8/9 баллов по АПГАР имели 76,2% новорожденных, у пациенток с БАК — в 62,5% случаев.

Выводы. Течение беременности и родов у пациенток с патологией выходного тракта левого желудочка в целом ассоциировано с благоприятным прогнозом. Особого наблюдения требуют беременные БАК с формированием тяжелого АС, расширением аорты, выраженной коарктацией аорты, а также женщины с протезированным аортальным клапаном. При условии наблюдения в специлизированном медицинском учреждении большинство пациенток родоразрешаются в срок. Однако, преобладающим способом родоразрешения среди пациенток с патологией аорты и АК из-за тяжести кардиологической патологии остается оперативное.

0550

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Остроумова Л.А., Ярков И.В., Бражин А.В.

ГБУЗ ТО Станция скорой медицинской помощи, Тюмень, Россия

В условиях обязательного исполнения порядка и стандартов оказания скорой медицинской помощи пациентам с острой сердечно-сосудистой патологией чрезвычайно важным представляется формирование методологических подходов по подготовке рекомендаций для врачей и фельдшеров догоспитального этапа скорой медицинской помощи, основанных на доказательной базе, не только для бригады скорой медицинской помощи, но и для оперативного отдела.

Цель исследования — на основе выявления предикторов фатального исхода ОИМ на этапе скорой медицинской помощи подготовить предложения для включения в рекомендации с учетом особенностей деятельности службы скорой медицинской помощи.

Методы исследования: в ретроспективное исследование включены 2948 пациентов с ОИМ, стратифицированных на группы в зависимости от назначения или не назначения комбинации препаратов базовой терапии (морфин+нитроглицерин+аспирин), или каждого из препаратов. Дозы препаратов назначались в соответствии со стандартом медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда (приказ Минздравсоцразвития от 02.08.2006г №582). Для расчета относительного риска летального исхода на догоспитальном этапе использована методика многофакторного анализа с вычислением отношения шансов.

Полученные результаты: в случае невыполнения базового стандарта оказания скорой медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда, шансы их смерти на догоспитальном этапе были в 8,5 раза выше, чем у тех пациентов, помощь которым была оказана в полном объеме. Среди трех препаратов, используемых в базовой терапии ОИМ, ключевую роль в увеличении шансов нежелательного клинического исхода играет отсутствие назначения аспирина. Следующим в ранговом ряду важности является нитроглицерин. Морфин, по сравнению с аспирином и нитроглицерином, играет меньшую роль в возникновении фатального исхода острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи.

Выводы: По данным нашего исследования ведущую роль в снижении риска острой коронарной смерти на догоспитальном этапе от острого инфаркта миокарда играет нагрузочная доза аспирина. Аспирин доступен для назначения пациентам на догоспитальном этапе до прибытия бригады скорой медицинской помощи и должен быть рекомендован уже при приеме вызова. Развитие информатизации службы скорой медицинской помощи позволяет включать рекомендации в алгоритмы принятия решений. Включение данной рекомендации в алгоритм принятия решения в автоматизированных системах приема и обработки вызовов скорой медицинской помощи позволит обеспечить ее стандартное выполнение при отсутствии противопоказаний, что особенно актуально для сельской местности, где время прибытия бригад скорой медицинской помощи может быть значительным.

0551

ПОЛИМОРФИЗМ A1166C ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Павлова О.С., Огурцова С.Э., Ковш Е.В., Черняк С.В., Афонин В.Ю., Коробко И.Ю., Ливенцева М.М., Нечесова Т.А., Мрочек А.Г.

РНПЦ «Кардиология», Институт биоорганической химии Национальной Академии наук Беларуси, г. Минск, Беларусь

Цель исследования: изучить распределение полиморфизма A1166C гена рецептора ангиотензина II 1 типа (AGTR1) и взаимосвязь с сердечно-сосудистым ремоделированием у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: в исследование было включено 223 пациента в возрасте от 18 до 70 лет с эссенциальной АГ. Генотипирование для определения частот генотипов и аллелей анализируемых полиморфизмов проводилось с использованием ПЦР и соответствующих праймеров из образцов периферической крови. Морфофункциональное состояние сердца изучалось с помощью эхокардиографии (Эхо-КГ) с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). При ультразвуковом исследовании (УЗИ) брахиоцефальных артерий (БЦА) определялись толщина комплекса «интима-медиа» (КИМ) и наличие атеросклеротических бляшек общей сонной артерии (ОСА).

Результаты: Средний возраст исследуемых пациентов составил 49,2±11,7 лет (123 мужчины и 100 женщин). При проведении генотипирования AA-, AC-, CC-генотипы были выявлены у 113 (50,7%), 86 (38,5%) и 24 (10,8%) пациентов, при этом A-аллель выявлен в 312 случаях (70,0%), C-аллель — в 134 (30,0%). С целью оценки клинических особенностей пациентов в зависимости от A1166C полиморфизма гена AGTR1 были выделены группы с AA-, AC- и CC-генотипами. Указанные группы пациентов не различались между собой по возрасту, полу, степени АГ, средним величинам АД и ЧСС, индексу массы тела и окружности талии. ЭхоКГ и УЗИ БЦА были выполнены у 112 пациентов. При анализе степени субклинического поражения сердца и сосудов у пациентов сравниваемых групп в зависимости от носительства A1166C полиморфизма гена AGTR1 было получено, что увеличение ИММЛЖ (›125 г/м2 у мужчин и ›110 г/м2 у женщин) наблюдалось у 21 пациента (38,2%) с AA-генотипом, у 34 (68,0%) — с AC-генотипом и 6 (85,7%) — с CC генотипом (χ^2=9,3; p‹0,01 и χ^2=5,7; p‹0,05 в сравнении с AA генотипом соответственно). В исследуемых группах были найдены достоверные отличия по толщине КИМ правой и левой ОСА, измеренной при ультразвуковом исследовании БЦА. В группе пациентов с AA генотипом средние величины КИМ правой и левой ОСА составили 0,62±0,13 мм и 0,65±0,13 мм соответственно, а среди пациентов с AC-генотипом — 0,69±0,13 мм и 0,73±0,18 мм, (p‹0,05 в сравнении с AA-генотипом).

Выводы: Анализ полученных результатов свидетельствовал о преобладании AA-генотипа и A-аллеля полиморфного маркера A1166C гена AGTR1 у белорусских пациентов с эссенциальной АГ. Носительство патологических AC и CC генотипов A1166C гена AGTR1 у пациентов ассоциировалось с повышенным ИММЛЖ, увеличением КИМ ОСА, что характерно для процессов сердечно-сосудистого ремоделирования при АГ.

0552

ВЛИЯНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Павлов Д.С., Рыжков Е.В.

ОГАУЗ санаторий «Красиво» Белгородская область

Цель: Оценить влияние стентирования инфаркт-связанной артерии у больных с острым крупноочаговым инфарктом миокарда на толерантность к физической нагрузке в раннем реабилитационном периоде.

Методы: Обследовано 68 пациентов, мужчин в возрасте от 46 до 60 лет (средний возраст 53±4,7 года), перенёсших острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка. В обследование включались пациенты поступившие в реабилитационное отделение санатория на 15-16 сутки от начала инфаркта миокарда.

Больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала 32 пациента, которым в стационаре было проведено экстренное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) — стентирование инфаркт-связанной артерии в сочетании с медикаментозной терапией. Во второй группе из 36 пациентов лечение в стационаре включало только медикаментозную терапию. Медикаментозная терапия проводилась в соответствии со стандартами лечения острой коронарной патологии и включала бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антиагреганты. Дозировки препаратов подбирались до достижения целевых показателей частоты сердечных сокращений и артериального давления. При поступлении всем больным проводилась эхокардиография. Толерантность к физической нагрузке проверялась с помощью велоэргометрии при поступлении пациента и перед выпиской. Интервал между исследованиями составлял от 17 до 18 дней. Определение толерантности к физической нагрузке проводилось по протоколу RAMP, подразумевающее постепенное и непрерывное возрастание нагрузки.

Результаты: При поступлении максимальная нагрузка в группе пациентов с ЧКВ в среднем составила 57,9±13,1 Ватт, в группе без ЧКВ в среднем 46,4±6,2 Ватт. По данным повторный ВЭМ у больных с ЧКВ максимальная нагрузка в среднем 85,5±18,4 Ватт, у больных без ЧКВ 62,0±12,4 Ватт.

Выводы: Данные исследования свидетельствуют о положительном влиянии стентирования инфаркт-связанной артерии на толерантность к физической нагрузке в раннем реабилитационном периоде. Также выявлено, что повышение уровня толерантности к физической нагрузке за период реабилитационного лечения у пациентов с ЧКВ более выражен, чем у пациентов без ЧКВ.

0553

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Панина А.В., Довгалевский Я.П., Фурман Н.В., Пучиньян Н.Ф., Богомолова О.С.

ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Цель. Оценить значение уровня гликемии как предиктора развития сердечно-сосудистых осложнений у больных, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в течение года после госпитализации.

Методы исследования. В исследование были включены 336 пациентов (260 мужчин и 76 женщин) в возрасте от 34 до 89 лет, последовательно поступавшие в отделение неотложной кардиологии с диагнозом ИМпST. Всем пациентам, включаемым в исследование, проводилось стандартное клиническое обследование и терапия, соответствующая действующим клиническим рекомендациям.

Через 12 месяцев с момента заболевания устанавливались телефонные контакты с пациентами или с родственниками пациентов. Анализировались случаи возникновения тромботических осложнений: формирование ХСН, эпизоды нестабильной стенокардии, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая смерть.

Полученные результаты. Все пациенты были разделены на следующие группы: без СД в анамнезе с уровнем глюкозы крови менее 6,1 ммоль/л (группа 1, 274 человека) и равной или более 6,1 ммоль/л (группа 2, 28 человек) при поступлении и больные СД (группа 3, 34 человека). За период наблюдения были зафиксированы следующие тромботические осложнения: в группе 1: 16 летальных исходов (5,8%) (4 госпитальных и 12 в течение последующего года), 7 (2,5%) случаев нестабильной стенокардии, 47 (17,1%) случаев формирования ХСН, 8 (2,9%) повторных ИМ. Во 2-й группе наблюдалось 4 (14,2%) летальных исхода (2 госпитальных и 2 в течение последних 12 месяцев), 7 (25%) случаев формирования ХСН, 2 (7,1%) повторных ИМ. В третьей группе зафиксировано 6 летальных исходов (17,6%) (4 госпитальных и 2 в течение последующего года), 2 (5,8%) случая нестабильной стенокардии, 8 (23,5%) случаев формирования сердечной недостаточности, 1 (2,9%) повторный инфаркт миокарда ИМ.

Выводы. Гипергликемия в остром периоде у больных с ИМпST ассоциируется с худшим ближайшим и отдаленным прогнозом. Данное утверждение справедливо как для больных сахарным диабетом (ОР 2,33 [95%; ДИ 1,22-4,49]), так и для больных без СД (ОР 1,89 [95%; ДИ 0,86-4,14]). Уровень гликемии у больных ИМпST при поступлении может быть использован для стратификации степени риска и прогноза течения заболевания.

0554

НЕКОТОРЫЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Парфенова Н.Н.,[1] Хасанова С.И.,[1] Дубова Е.В.,[2] Митрофанова Л.Б.,[2] ЗемцовскийЭ.В.[2]

[1]ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

[2]ФГБУ ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург

Кальцифицирующий аортальный стеноз (КАС) является сегодня одним из самых распространенных приобретенных заболеваний клапанов сердца. Среди известных факторов риска возникновения КАС нет указаний на взаимосвязь с наследственными нарушениями соединительной ткани. Однако распространенность различных диспластических фенотипов свидетельствуют о единстве патогенетических механизмов склеро-дегенеративных поражений аортального клапана и костных дизморфий. Также известно, что трансформирующий фактор роста бета (TGF–β) участвует в развитии соединительнотканного каркаса сердца, аорты и в морфогенезе костной ткани. Активное образование костной ткани выявляется при критическом КАС.

Цель. Выявить взаимосвязь между диспластическими фенотипами и кальцифицирующим аортальным стенозом.

Материалы и методы: Проведено клиническое, фенотипическое и ЭхоКГ обследование 86 лиц зрелого и пожилого возраста (средний возраст 63,8 + 9 лет; м — 54, ж — 32,) с кальцифицирующим аортальным стенозом (КАС), из них 55 пациентам было проведено протезирование аортального клапана. Контрольную группу составили 61 человек (средний возраст 61,3 + 7,6 лет) без клинических, физикальный и ЭхоКГ признаков КАС. Диагностика диспластических фенотипов проводилась согласно Российским национальным рекомендациям по ННСТ (2009). Имммуногистохимическое исследование с антителами к TGF–β (фирма Novocastra) проведено у 10 удаленных аортальных клапанов.

Результаты. Выявлено, что среди лиц старших возрастных групп наиболее часто встречаются лица с марфаноидной внешностью (19% случаев). Чем больше выявлялось костных признаков, характеризующих марфаноподобный фенотип, тем больше была степень выраженности аортального стеноза. При иммуногистохимическом исследовании в большинстве удаленных аортальных клапанах (8 из 10) обнаружена экспрессия антигена TGF-β.

Выводы. Выявленная взаимосвязь между марфаноидной внешностью и кальцифицирущим аортальным стенозом дает возможность предполагать наличие генетически обусловленной связи между ними и рассматривать этот фенотип как вероятный предиктор обызвествления аортального клапана.

0555

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Пархоменко А.А., Коваленко Е.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской федерации, Саратов

Цель исследования — оценить качество медицинской помощи по профилактике повторных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и определить возможные пути его повышения.

Материалы и методы. Проанализированы 60 медицинских карт амбулаторных больных. Критерием включения пациентов в исследование являлось сочетание установленных диагнозов АГ и инфаркта головного мозга. Оценка качества профилактических мероприятий базировалась на рекомендациях Российского кардиологического общества и стандарте реабилитации больных с инсультом на амбулаторно-поликлиническом этапе, утвержденном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Результаты. Средний возраст больных в исследованной группе 68,1±12,8 лет. Соотношение мужчин и женщин — 53,3% и 46,7% соответственно. Доля лиц, перенесших повторные ОНМК, составила 36,7%.

Согласно данным медицинской документации частота встречаемости сахарного диабета как фактора риска развития повторных ОНМК у пациентов с АГ составила 10%, из них лишь две трети получали медикаментозное лечение для коррекции уровня глюкозы крови. У 3,3% больных выявлена фибрилляция предсердий. Показанные при данном сочетании факторов и отсутствии противопоказаний антикоагулянтные препараты не назначены ни в одном случае.

В отличие от вышеперечисленных факторов риска, являющихся рубриками выставленных диагнозов, в медицинских картах амбулаторных больных не было указаний на другие факторы риска: повышенный индекс массы тела, низкий уровень физической активности, курение и злоупотребление алкоголем, и отсутствовали рекомендации по коррекции образа жизни.

Антигипертензивную терапию, несмотря на очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений в данной группе, получали лишь 76,7% больных. Антиагреганты назначены только 33,3% пациентов, в то время как показаны были всем и включены в стандарт оказания медицинской помощи с учетом возможных противопоказаний с частотой 0,9. Гиполипидемические препараты, рекомендованные больным с сочетанием АГ и перенесенного ОНМК, в изученной выборке также не применялись.

Выводы. Выявлен недостаточный уровень охвата пациентов с артериальной гипертензией мероприятиями по вторичной профилактике острых нарушений мозгового кровообращения. Повышение качества медицинской помощи с целью снижения частоты развития повторных инсультов возможно за счет более полного учета факторов риска с последующим воздействием на них препаратами с доказанной эффективностью и программами по модификации образа жизни.

0556

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ О ГОМЕОПАТИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ

Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Головачева Т.В., Петрова В.Д., Стрельникова О.А.

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

Сегодня интерес к гомеопатии как к совершенно безопасному, мягкому и в то же время эффективному методу лечения продолжает расти как среди пациентов, так и среди врачей. Академик Б. Е. Вотчал писал: «Мы живём в век безопасной хирургии и опасной терапии. Будущее видится за безопасной индивидуальной медициной. Одно из направлений такой медицины — гомеопатия». Гомеопатия, по мнению академика В.Г. Зилова, относится к информационной медицине. Гомеопатические лекарства, в отличие от других привычных препаратов, не накапливаются в организме, а являются регуляторами обмена веществ.

Целью работы явилось изучение информированности врачей-кардиологов о гомеопатии и их заинтересованности в данном методе лечения.

Материал и методы. Для выявления информированности о гомеопатическом методе лечения и заинтересованности военных врачей в его клиническом использовании нами была разработана специальная анкета, состоящая из 17 вопросов, которая заполнялась анонимно. Анкета включала вопросы о принципах гомеопатического метода лечения, собственном опыте использования гомеопатических препаратов, возможности сочетания гомеопатического и аллопатического методов лечения, целесообразности применения гомеопатии в современной клинической практике и др. Отдельное место уделялось потребности анкетируемых в обучении основам гомеопатии для более широкого внедрения в практическую деятельность.

Исследование проводилось на базе кафедры терапии ФПК и ППС среди 200 слушателей циклов переподготовки и усовершенствования по специальностям «кардиология» и «функциональная диагностика». Среди анкетируемых были 140 женщин и 60 мужчин. Средний возраст — 51,7±8,5 лет.

Результаты и выводы. Установлено, что 62% врачей имеют представление о гомеопатии. Несмотря на то, что специального образования в области гомеопатии среди анкетируемых не было ни у кого, 57% уже использовали комплексные гомеопатические препараты в своей работе. 85% анкетируемых считают целесообразным внедрение гомеопатии в клиническую практику, предполагают возможность использования сразу двух методов лечения: гомеопатии и аллопатии. С удовлетворением следует отметить, что почти все анкетируемые (95%) имеют четкое представление о различии гомеопатических препаратов и БАДов. 42% врачей считают, что необходимо ввести курс гомеопатии в программу медицинских вузов, а 52% — в программу ФПК. Учитывая опыт работы нашей кафедры, считаем целесообразным включение информации о комплексных кардио-

тропных гомеопатических препаратах в соответствующие разделы лекций и практических занятий. Это позволит расширить представления врачей о возможностях современной медицины, особенно у полиморбидных пациентов при опасности полипрагмазии, а также при лекарственной непереносимости.

0557

ВОЗРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ТЕРАГЕРЦОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Водолагин А.В., Головачева Т.В.,

Водолагина Е.С., Стрельникова О.А.

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

Терагерцовая терапия (ТГЧ-терапия) — новый немедикаментозный метод лечения, который включает использование электромагнитного излучения (ЭМИ) терагерцового диапазона, в котором располагаются молекулярные спектры клеточных метаболитов, в частности, оксида азота, кислорода и др. К настоящему времени установлено, что действие ТГЧ излучения на частотах молекулярного спектра оксида азота (150,176...150,644ГГц) (ЭМИ ТГЧ-NO или ТГЧ-терапия-NO) реализуется через модуляцию эндогенного цикла оксида азота.

Изучение клинических эффектов ЭМИ ТГЧ-NO у больных с сердечно-сосудистой патологией (в течение 8 лет) позволило нам установить его антиангинальное и антигипертензивное действие у различных категорий пациентов: со стабильной и нестабильной стенокардией, артериальной гипертнезией, вегетососудистой дистонией и др. Доказано и его положительное влияние на механизмы гемокоагуляции и гемореологии.

Целью работы явилось изучение возрастной чувствительности к ТГЧ-терапии-NO у больных стабильной стенокардией напряжения III-IV ф. к.

Материал и методы. Обследованы 56 больных стенокардией напряжения III-IV ф. к., которым проводилось лечение ЭМИ ТГЧ-NO на фоне общепринятой медикаментозной терапии (аспирин, -адреноблокаторы, нитраты и др.). Пациенты были разделены на группы среднего (46-59 лет) и пожилого возраста (60-74 года) (согласно классификации ВОЗ). I группу (среднего возраста) составили 36 чел., II группу (пожилого возраста) — 20 чел. Облучение ЭМИ ТГЧ-NO проводилось в прерывистом режиме воздействия «3/15», курс лечения — 10 сеансов.

Исследовались активированное время рекальцификации плазмы (АВР), активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ), содержание фибриногена (ФГ), активность антитромбина-III (Ат-III), активность XIIa-калликреин-зависимого эуглобулинового фибринолиза (ЭФ). Изучались также антиангинальный и антигипертензивный эффекты лечения.

Результаты. В группах пациентов среднего (52,9±0,8 лет) и пожилого возраста (65,5±0,7 лет) различий по антиангинальному эффекту ЭМИ ТГЧ-NO не выявлено ($p>0,05$). Чувствительность параметров гемокоагуляции к ТГЧ-излучению различна: в I группе выявлено увеличение активности антитромбина-III ($p<0,05$) до степени ее полного восстановления. В группе пожилых пациентов динамики активности антитромбина-III не происходило ($p>0,05$), но зафиксировано увеличение АВР ($p<0,05$) и снижение содержания фибриногена ($p<0,05$), что свидетельствует об уменьшении активности естественных прокоагулянтов у пожилых пациентов под влиянием ЭМИ ТГЧ-NO.

Выводы. Антиангинальное действие ТГЧ-терапии-NO выражено одинаково у больных стенокардией напряжения III-IVф.к. независимо от возраста. Улучшение показателей гемокоагуляции у больных среднего возраста реализуется в результате восстановления антикоагулянтного потенциала, у пожилых больных — за счет снижения уровня прокоагулянтов.

0558

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «НОВЫХ» БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Переделкина А.И., Шевченко А.О., Шевченко О.П., Халиллулин Т.Ю., Гинзбург Л.М, Сердюк О.И.

ГБОУ ВПО РНИМУ, ФГБУ Клиническая больница УДП РФ, Москва

Цель: сравнить эффективность определения С-реактивного белка (СРБ), церулоплазмина (ЦЕР), гаптогло-

бина (ГАПТ), неоптерина (НЕО), фибриногена (ФИБ), растворимой формы лиганда CD40 (sCD40L), ассоциированного с беременностью белка плазмы (PAPP-A), плацентарного фактора роста (PlGF) и растворимой формы сосудистых молекул клеточной адгезии (sVCAM-1) для ранней диагностики острого коронарного синдрома (ОКС).

Методы исследования: У 190 больных ИБС (возраст 63.7±11.2 года), последовательно госпитализированных в кардиологические отделение, в 1-е сутки определялись уровни тропонина I (TnI), СРБ, ЦЕР, ГАПТ, НЕО, ФИБ, sCD40L, PAPP-A, PlGF и sVCAM-1.

Полученные результаты: ОКС диагносцирован у 59 из 190 больных. При ОКС отмечалось достоверное повышение уровней СРБ, ГАПТ, НЕО, ФИБ, PAPP-A, PlGF, sVCAM-1 и снижение ЦЕР. На основании анализа функций чувствительности и специфичности были рассчитаны пороговые значения концентраций в крови, значимых для диагностики ОКС: PAPP-A›12.0 мМЕ/л, ГАПТ›0.28 г/л, ЦЕР‹0.14 г/л, PlGF›8.7 пг/мл, СРБ› 4 мг/л, sVCAM-1 › 500 нг/мл, ФИБ › 3.4 г/л. Все изучаемые маркеры по показателям чувствительности, специфичности, аккуратности и точности уступали рутинным методам ранней диагностики ОКС, а именно догоспитальному врачебному осмотру, и качественному анализу на TnI. Анализ значений показателя перераспределения NRI (Net Reclassification Improvement) в нескольких диагностических моделях показал, что лишь выявление уровней PAPP-A›12.0 мМЕ/л может способствовать улучшению ранней диагностики ОКС у больных без повышения уровней TnI в крови (NRI=0.169, p=0.04).

Выводы: выявление в крови уровней PAPP-A›12.0 мМЕ/л может способствовать улучшению ранней диагностики ОКС у больных с отсутствием повышения TnI.

0559

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Пестовская О.Р., Орлов Ф.А., Гаспарян С.С. Захарова Е.Г.

ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко Минобороны России», Москва

Актуальность проблемы: понятие хронической болезни почек (ХБП) включает в себя формирование хронической почечной недостаточности не только вследствие ренального процесса, но и в результате других заболеваний, в частности, гипертонической болезни. Это делает актуальным выявление различий в ремоделировании миокарда левого желудочка (ЛЖ) при этих патологиях.

Цель исследования: изучить степень выраженности ГЛЖ у больных ХБП на различных стадиях болезни в сравнении гипертонической болезнью 2 стадии (ГБ 2 ст.).

Материалы и методы: изучены эхокардиографические показатели и данные 57 историй болезни пациентов с ХБП различных стадий, проходивших лечение в специализированных отделениях госпиталя. Группу больных ХБП 1 стадии без хронической почечной недостаточности (ХПН) составили 20 человек (средний возраст — 47 ± 14 лет), ХБП 2 — 4 стадии, с различной степенью ХПН — 15 человек (средний возраст — 51 ± 9 лет), ХБП 5 терминальной стадии ХПН — 22 пациента (средний возраст — 46 ± 16 лет). Группой сравнения стали 16 человек, страдающих ГБ 2 ст. без признаков нефроангиосклероза (средний возраст 53+11 лет), с отсутствием других заболеваний, влияющих на уровень артериального давления. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц (средний возраст — 40 ± 14 лет). При эхокардиографии определялись следующие показатели: размеры камер сердца, толщина стенок ЛЖ, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) с определением типа геометрии ЛЖ.

Результаты и обсуждение: было установлено, что показатели, характеризующие наличие ГЛЖ, достоверно отличались во всех группах сравнения от контрольной группы. Отличия выявлены на самых ранних этапах ХБП при еще сохраненной функции почек и коротких сроках существования артериальной гипертензии (4,5 ± 3,7 года для группы ХБП без ХПН). Это свидетельствует о том, что у больных артериальной гипертензией (АГ) присоединение нефросклероза усугубилось структурно — функциональными изменениям миокарда в виде нарастания гипертрофии его стенок параллельно с прогрессирование ХБП. ГЛЖ отмечена среди больных ГБ 2 стадии в 88% случаев, уступая по частоте лишь группе больных ТПН, в которой данный показатель достигает 91%. Значения толщины стенок ЛЖ, ММЛЖ и ИММ ЛЖ были достоверно выше у больных ГБ 2 ст. и в группе больных с терминальной ХПН, по сравнению с контрольной группой (p ‹ 0,05). В то же время у пациентов с ГБ 2 ст. не отмечалось дилатации полости ЛЖ, т.е. ГЛЖ носила концентрический характер, в отличие от больных с терминальной ХПН. Преобладание частоты выявления ГЛЖ у больных с терминальной ХПН, по сравнению с остальными группами пациентов связано с присоединением эксцентрической формы гипертрофии у 30% пациентов.

Выводы:

1. Гипертрофия левого желудочка выявляется с высокой частотой как при гипертонической болезни 2 ст., так и при хронической болезни почек.

2. Для пациентов с хронической болезнью почек, уже на ранних ее стадиях, характерна высокая частота ремоделирования левого желдуочка, выраженность и характер которой изменяется по мере прогрессирования болезни.

3. У пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью чаще, чем при гипертонической болезни 2 ст. выявляется эксцентрическая форма ремоделирования миокарда.

0560

РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ОБУЧАВШИМИСЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ

Петрищева А.В., Корягина Н.А.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь

В России была создана концепция единой профилактической среды, которая предусматривает формирование ответственности каждого человека за сохранение здоровья. Большую роль в этом должны сыграть образовательные программы.

Цель: оценить влияние обучения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в Школе здоровья муниципальной больницы на психологический статус, толерантность к физической нагрузке, параметры эхокардиографии и качество жизни в течение двухлетнего периода.

Методы исследования: из 215 пациентов, включенных по их согласию в исследование и занимавшихся в Школе, через 2 года повторно обследовано 108 человек (50,2%), из них мужчин — 34 (31,4%). Средний возраст в начале исследования составил 58,09±7,71 лет. Психологический статус оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), качество жизни (КЖ) пациентов с сердечной недостаточностью по опроснику MLHFQ, толерантность к физической нагрузке — с помощью теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Методом эхокардиографии оценивали параметры, обладающие прогностической значимостью для пациентов с ССЗ — фракция выброса (ФВ), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), размер левого предсердия (ЛП). С пациентами поддерживалась регулярная связь: 1-2 раза в полгода телефонное консультирование, через 1 и 2 года приглашались в клинику.

Результаты: обучение в Школе здоровья и регулярная связь с пациентами даже без специализированного психологического наблюдения привели к достоверному снижению тревожно-депрессивного расстройства. Уровень тревоги из субклинической зоны при первом обследовании достоверно снизился до отсутствия клинических проявлений (с 7,33±3,39 баллов до и 5,07±3,12 баллов соответственно, p=0,000). Отмечено достоверное снижение проявления депрессии с 6,20±3,67 до 3,83±2,17 баллов, p=0,000. Контроль за соблюдением назначенного лечения позволил сохранить практически без изменений в течение 2-х лет эхокардиографические показатели: ФВ (58,88±7,32% и 58,93±7,50% соответственно, p=0,703), ЛП (42,48±7,49 мм и 41,23±6,74 мм, p=0,538), ММЛЖ (240,23±67,10г и 245,22±75,61г, p=1,00. Пройденная дистанция в ТШХ с 432,29±95,53 м достоверно возросла до 466,35±90,53 м (p=0,000). Улучшение физического и психологического состояния привело к достоверному повышению оценки пациентами своего КЖ с 32,55±17,67 баллов до 23,82±13,84, p=0,000. Наиболее активным в плане достоверности корреляционных связей оказался размер ЛП: отрицательная корреляционная связь выявлена с пройденной дистанцией (r=-0257, p=0,012 и r=-0,274, p=0,047 при первом и втором исследовании соответственно), через два года положительная связь установлена с КЖ (r=0,347, p=0,010).

Заключение: повышение приверженности пациентов с ССЗ к соблюдению вторичной профилактики через обучение в Школе Здоровья и регулярный контроль со стороны врачей, позволяет:

1) улучшить психологический статус пациентов,

2) замедлить прогрессирование морфофункциональной перестройки миокарда,

3) повысить переносимость физических нагрузок. В итоге достигнуть лучшего качества жизни.

0561

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМ Х

Петрова В.Б.

СЗГМУ им.И. И. Мечникова, кафедра факультетской и госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Кардиальный синдром Х (КСХ) диагностируется у больных с типичными загрудинными болями, положительными нагрузочными тестами, ангиографически нормальными коронарными артериями (КА) и отсутствием клинических и ангиографических доказательств наличия спазма КА.

Цель исследования: настоящей работы явилось оценить субъективную ноцицептивную чувствительность у пациентов с кардиальным синдромом Х и изучить их психологические особенности личности. Материалы и методы: У всех пациентов болевой синдром оценивался с помощью, анкеты вегетативных расстройств, вербальной ранговой шкалы (ВРШ), Мак-Гилловского болевого опросника), который позволяет оценить качественные особенности боли, а также с помощью анкеты, учитывающей частоту, интенсивность, длительность болевых приступов, связь с физической нагрузкой и психо-эмоциональным напряжением.

Результаты: в исследование были включены 35 пациента от 41 до 73 лет (средний возраст 58±1,3 лет), из них 26 женщин (74,3%) и 9 мужчин (25,7%). Болевой синдром в грудной клетке отмечался у всех 35 больных, при этом типичная стенокардия была у 21 (60%) пациентов, атипичный болевой синдром -14 (40 %). У пациентов с КСХ болевой приступ характеризовался возникновением в среднем 1 раз неделю(5,57±0,431), умеренно выраженной интенсивности (5,20±0,220), длительностью от 15 до 20 минут (4,34±0,301), отмечалась сильная связь с психо-эмоциональным напряжением (6,06±0,539) и сильная связь с провокацией физической нагрузкой (6,86±0,447). У большинства пациентов боль локализовалась в левой половине грудной клетке, с иррадиацией в левую руку или под левую лопатку, часто не связанные с физической нагрузкой, возникающие в покое или при провокации психо-эмоциональным напряжением. У 19 больных отмечалось сочетание болей, возникающие при физической нагрузке, и в покое. Большинство пациентов, согласно Мак-Гилловскому болевому опроснику описывали свою боль, как сочетание следующих характеристик: «ноющая» (49% респондентов), «давящая» (40%), «сжимающая»(37%), «тянущая» (29%), «горячая» (29%), «схватывающая» (26%), «острая» (26%).В ответ на вопрос, какие чувства вызывает у них боль, пациенты отвечали, что она утомляет (45,7%), обессиливает (37,1%) изматывает (17,1%) угнетает (40%), раздражает (14,2%), вызывает чувство тревоги (54,2%), страха (20%) чувство удушья (57,1%), тошноты (8,6%). Данные опросника показывают, что по количеству выбранных дескрипторов на первый план выступили эмоциональные расстройства. Значения этих дескрипторов составили 4,06±0,259 баллов из 6 возможных. Значения сенсорных дескрипторов составили 5,43±0,459 баллов из 13 возможных и эвалюативных (оценочных) 2,31±0,098 баллов из 5 возможных. Клинические проявления синдрома вегетативной дистонии был выявлен у 85,7% больных и соответствовали выраженной степени- 37,3±1,75 балла по вегетативной анкете. Выводы: Данные исследования показывают выраженное повышение эмоциональной оценки болевого синдрома, что может свидетельствовать о выраженном психосоматическом компоненте жалоб у больных КСХ.

0562

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ КАРДИАЛЬПЫМ СИНДРОМОМ Х

Петрова В.Б.

СЗГМУ им.И. И. Мечникова, кафедра факультетской и госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия

Цель: сравнить вариабельность сердечного ритма при проведении пробы в покое, пробы с глубоким дыханием (ПГД) и активной ортопробе (АОП) у больных кардиальным синдромом Х с данными больных ишемической болезнью сердца. Материалы и методы: обследовано 20 пациентов с КСХ и 20 пациентов с диагнозом ИБС Стенокардия напряжения II-III ф.кл, установленным на основании наличия типичного болевого синдрома, теста с физической нагрузкой, коронарографии (обструкция, стенозирование коронарных артерий). Диагноз КСХ был установлен на основании данных коронарографии, СМ-ЭКГ, оценки перфузии миокарда методом позитронно-эмиссионной томографии (холодовая и проба с аденозином). Исследование вариабельности сердечного ритма в покое, пробы с глубоким дыханием и активной ортопробы с использованием программ-

ного пакета «Кардиокит» (Биосигнал, Санкт-Петербург). Результаты: суммарный показатель вариабельности величин интервалов R-R (SDNN), отражающий симпатическое звено регуляции, по данным исследования у обеих групп был понижен во время проведения пробы в покое и АОП, что свидетельствует о повышенной симпатической регуляции. Во время проведения ПГД у пациентов с КСХ показатель SDNN нормализуется, что не происходит у пациентов с ИБС. По данным показателя активности парасимпатического звена вегетативной регуляции RMSSD у больных КСХ прослеживается тенденция к снижению регуляции парасимпатической нервной системы (ПСНС) при АОП, а в покое и при ПГД не отклоняется от нормальных значений. В группе у больных ИБС прослеживается усиление активация ПСНС при ОСП, а в покое и при ПГД отмечается сниженная регуляция парасимпатической регуляции, вероятно в связи с изначально повышенным симпатическим звеном регуляции. При оценке вегетативной реактивности индекс напряжения (ИН орт /ИН покой) у обеих групп отмечается нормальная вегетативная реактивность, на фоне исходной гиперсимпатикотонии. Оценивая показатель общей мощность спектра(TF), который отражает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, у больных кардиальным синдромом Х и ИБС в покое и при АОП отмечается его снижение, что наблюдается при понижении адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, низкой стрессовой устойчивости организма, однако у пациентов с КСХ при ПГД отмечается нормализация данного показателя. Мощность спектра высокочастотного компонента вариабельности (HF) и низкочастотного компонента (LF) у пациентов с ИБС данные показатели в покое и при пробах снижены. У пациентов с КСХ также отмечается снижение данных показателей, но в меньшей степени, а при дыхательной пробе LF наблюдается повышение до значений характерных для здоровых людей. Выводы: анализ статистических и спектральных характеристик динамического ряда кардиоинтервалов выявил, что у пациентов с КСХ отмечается преобладание симпатической вегетативная регуляция, но в меньшей степени, чем у пациентов с ИБС. Многие показатели ВСР при КСХ нормализуются при пробе с глубоким дыханием, что требует дальнейшего изучения в качестве влияния кардиореспираторного тренинга на больных кардиальным синдромом Х.

0563

ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОЦЕНКЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Петрова Г.Д.

БОКБ Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

Цель работы: исследовать вариабельность сердечного ритма (ВСР), оценить функциональное состояние миокарда и выявить признаки вегетативной дисфункции (ВД) у пациентов с различным сочетанием компонентов метаболического синдрома (МС). Диагноз МС устанавливали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2007).

Методы исследования. Обследовано 88 лиц с МС в возрасте 35-55 лет. С учетом выявленных компонентов МС пациенты были подразделены на три группы: группа 1 — 3 признака МС (абдоминальное ожирение (АО), артериальная гипертензия (АГ), гипертриглицеридемия (ГТГ); группа 2 — 4 признака МС (АО, АГ, ГТГ, снижение уровня ХС ЛВП); группа 3 — 5 признаков МС (в дополнение к вышеперечисленным компонентам МС выявлены нарушенная толерантность к глюкозе или гипергликемия (НТГ/ГГ)). Исследование ВСР проводилось при суточном мониторировании ЭКГ на аппарате «Кардиотехника 4000» (Инкарт, Санкт-Петербург) методом вариационной пульсометрии на основе временного и спектрального анализа синусового ритма.

Результаты. У пациентов с МС устойчиво наблюдалось снижение ВСР в сравнении с контрольной группой, ритмограмма характеризовалась уменьшением RR-интервалов и их монотонностью. Выявлено увеличение количества участков с малой вариабельностью и уменьшение интегральной оценки нормальной вариабельности у пациентов с МС и нарушениями углеводного обмена. Отмечено снижение средних значений временных показателей, характеризующих нарушение ВСР, более выраженные у пациентов группы 3 в сравнении с пациентами группы 2 ($p<0,05$) и пациентами остальных групп ($p<0,01$). Выявлено уменьшение средних показателей высокочастотного спектра HF и увеличение средних показателей низкочастотного спектра LF и соотношения LF/HF в зависимости от числа компонентов МС в группах. Более выраженные изменения отмечены у пациентов группы 3 с НТГ/ГГ, в отличие от группы 2 ($p<0,05$), группы 1 ($p<0,01$) и контрольной группы ($p<0,001$).

Выводы. Подобная динамика показателей характеризует развитие ВД (симпатикотонии) и кардиальной автономной нейропатии при СД 2 типа и приводит к электрической нестабильности миокарда, арит-

мии и безболевой ишемии миокарда. Необходимо учитывать изменения ВСР в оценке субклинического поражения сердца у пациентов с МС с целью своевременной профилактики его осложнений.

0564

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ «ПОРТРЕТ» ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Петров В.С., Якушин С.С., Мадорский А.Ф., Савкина Н.П., Луканцова О.Б.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО ОККД, Рязань

Цель работы была оценка клинической картины и динамки состояния пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС).

Обследовано 198 пациентов с диагнозом ХРБС, проходивших стационарное лечение в кардиологического диспансера. Средний возраст пациентов составил 54,3±0,72 года; мужчины –22,7%. При изучении анамнеза порок сердца в детском и подростковом возрасте выявлен у 40,2% пациентов. У 50,45% человек в анамнезе не удалось выявить клинику ОРЛ, диагноз ХРБС был установлен в среднем в возрасте 47,26±1,5 года. Причинами обращения к врачу в этом случае были: клиника ХСН– 70,4%,нарушения ритма сердца в виде фибрилляции предсердий — 9,26%, боли в области сердца — 7,4%.

В структуре жалоб пациентов преобладали: кардиалгии 57,4±5,7%, одышка 71,3±5,2%, сердцебиение 60,2±5,6%, перебои в работе сердца 58,3±5,7%, головные боли 57,4±5,7%, головокружение 52,8±5,8%.

При оценке порока по данным ЭХОКГ стеноз левого AV отверстия выявлен только у 65,7% пациентов, митральная недостаточность у 89,9%, аортальная недостаточность у 78,3%, аортальный стеноз у 48,5%. Среди пациентов с митральным стенозом частота митральной недостаточности составила — 96,6%, аортальной — 82,3%, аортального стеноза — 52,3%. По результатам динамики ЭХОКГ за 5 лет имело место только достоверное увеличение линейных размеров левого предсердия (ЛП) с 4,5±0,09см до 4,8±0,12см и уменьшение площади митрального отверстия с 2,26±0,04см2 до 1,83±0,1см2 (т.е. 0,086см2 в год), а так же нарастание степени регургитации на трикуспидальном клапане с 1,67±0,08 до 2,08±0,17.

У 28,8%, пациентов была перманентная фибрилляция предсердий, у 10,6% пароксизмальная ФП. Диагноз артериальная гипертензия выставлялся у 56,6%, сахарный диабет у 8,5% пациентов, частота ОНМК составила 4,6%. Пациенты по функциональным классам ХСН распределились следующим образом: I ФК — 25,7%; II ФК — 45,7%; III ФК — 20,0%, IV ФК — 5,7% и динамики за 5 лет не наблюдалось. Сравнение результатов теста 6 мин ходьбы не выявило изменения в функциональном классе ХСН: 344,5±10,99 метров в начале исследования и 355,87±16,96 метра через 5 лет.

Умершие в стационаре пациенты с ХРБС за 5 лет относились достоверно к более старшей основной группе — 60,6±2,1 года, у 75% в качестве причины смерти установлена декомпенсация ХСН на фоне митрального или аортального стеноза.Сопутствующие заболевания у умерших:перманентная фибрилляция предсердий — 75%, сахарный диабет — 50% пациентов и достоверно большие размеры левого предсердия — более 5,2см и меньшие размеры площади S-Mo — менее 1,19см2.

Таким образом, отмечается гипердиагностика ХРБС при аортальной локализации порока сердца и митральной недостаточности (до 30%) и установлены факторы неблагоприятного пятилетнего прогноза при ХРБС (фибрилляция предсердий, сахарный диабета II типа, возраста старше 60 лет, выраженный стеноз, дилатации ЛП).

0565

ОПЫТ КОНТРОЛЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пилат Т.Л., Погожева А.В., Овсянникова М.В.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России, ФГБУ «НИИ питания РАМН», ООО «ЛЕОВИТ нутрио», Москва, РФ

Избыточная масса тела и ожирение — доказанные факторы риска возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний, эффективный контроль которых невозможен без коррекции массы тела. Для решения

данной проблемы представляется актуальным использование специально разработанных коммерческих программ сбалансированного низкокалорийного питания для снижения массы тела. Цель работы — оценка клинической эффективности и качества жизни при использовании комплексной низкокалорийной программы сбалансированного питания для снижения веса «Худеем за неделю» у женщин с ожирением 1-2 степени.

Методы. Под динамическим наблюдением в течение двух недель находились 23 женщины (средний возраст 32,1±2,7 лет), страдающие алиментарно-конституциональным ожирением 1-2 степени — 13 пациенток основной группы, получавших рационы программы «Худеем за неделю», и 10 пациенток контрольной группы без изменения калорийности и структуры рациона стандартной диеты. Всем пациентам проведено комплексное обследование с расчетом индекса массы тела (ИМТ) и относительной величины жировой массы (ЖМ). Самооценка «качества жизни» (КЖ) проводилась анкетно-опросным методом по авторской методике.

Результаты. За две недели потеря массы тела в основной группе составила 3,4±0,7 кг по сравнению с исходными параметрами. ИМТ уменьшился с 35,6±3,7 кг/м2 до 27,8±3,6 кг/м2. Через 14 дней использования программы 4 женщины потеряли от 2 до 3,5% от исходной массы тела, 9 пациенток — от 2,3 до 5,2% (в среднем — 4,78±0,02%). Изменение ЖМ проявилось ее уменьшением с 29,1±1,3% исходно до 24,2±2,1%.

По результатам анкетных опросов в основной группе выявлена следующая динамика показателей КЖ при использовании программы «Худеем за неделю»:

- исходно ни одна пациентка не расценивала свое качество жизни как «хорошее», 10 женщин считали его «удовлетворительным», 3 человека — «плохим». Итогово «качество жизни» как «хорошее» оценивали 10 пациенток, «удовлетворительное» — 2 женщины, как «плохое» не расценила ни одна женщина;
- у 10 женщин улучшилась работоспособность;
- у всех пациенток улучшилась самооценка внешнего вида, состояние кожных покровов.

У всех пациенток отмечалось снижение аппетита и диспепсических явлений — изжоги, горечи во рту, метеоризма, запоров. Уменьшение наблюдавшейся исходно у 10 пациенток пастозности голеней отмечено в 80% случаев.

В контрольной группе каких-либо выраженных изменений не наблюдалось.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют не только об улучшении функционального состояния желудочно-кишечного тракта, но и возможности эффективного контроля избыточной массы тела и ожирения как факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на фоне улучшения самооценки КЖ при использовании комплексной низкокалорийной программы сбалансированного питания для снижения веса «Худеем за неделю».

0566

ОСОБЕННОСТИ АССОЦИИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОПОРОЗА

Платицына Н.Г., Кусливая О.Н., Оконечникова Н.С., Болотнова Т.В.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, Тюмень, Россия

Остеопороз (ОП) и кардиоваскулярная патология (КВП) наиболее частые причины снижения качества жизни и летальности населения во всем мире.

Цель: изучить особенности ассоциированного течения ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) и остеопороза.

Методы исследования: в обследовании приняли участие 82 пациента зрелого и пожилого возраста с кардиоваскулярными заболеваниями. С учетом характера патологии были сформированы следующие группы: В I группу было включено 40 пациентов с ИБС и АГ, во II группу — 42 пациента с АГ. III группу составили 28 человек без соматической патологии. Пациенты всех групп были сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела. Из обследования были исключены лица с другими заболеваниями и состояниями, самостоятельно приводящими к снижению минеральной плотности кости (МПК). Верификация диагнозов ИБС, АГ проводилась на основании Национальных клинических рекомендаций. Для определения МПК использовали метод двухэнергетической рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости на аппарате «Lunar DPX», США. Результаты оценивались по Т-критерию в стандартных

отклонениях от пика костной массы (SD), согласно рекомендациям ВОЗ (1994). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета Statistica 6.0 .

Полученные результаты: Средние значения МПК у пациентов с КВП составили -1,0+0,24 SD, тогда как в контрольной группе -0,01+0,28 SD, (p<0,005). Достоверно чаще остеопенический синдром встречался у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями; в 51,36+7,52% случаев (остеопороз — у 19,88+2,86%; остеопения — у 31,49+1,55%), чем в контрольной группе — 17,85+3,27% случаев (p<0,001). Средние показатели МПК у больных ИБС в сочетании с АГ укладывались в критерии остеопении и оказались достоверно ниже (-1,72+0,55 SD), чем у пациентов 2-ой (-0,48+0,24 SD) и 3-ей (-0,01+0,015 SD) групп соответственно (p<0,001). Необходимо отметить, что более чем у половины больных ИБС и АГ (1-ая группа) диагностировали остеопенический синдром — 57,5+9,01% (остеопороз — 35,0+5,45%; остеопения — 22,5+3,47%); что несколько чаще, чем во 2-ой группе — 45,23+,0,07% (4,76+0,65% и 40,47+6,16%, соответственно). У лиц без соматической патологии встречалась только остеопения. При проведении корреляционного анализа нами установлена обратная взаимосвязь между МПК и стажем ИБС, АГ (r=-0,4, p<0,001), выраженностью хронической сердечной недостаточности (r=-0,4, p<0,001), МПК и размерами левого желудочка (r=-0,4, p<0,001), выраженностью атеросклеротических изменений (r=-0,5 , p<0,001).

Выводы: наиболее низкие показатели МПК отмечаются у больных ИБС, АГ (в сравнении с лицами без соматической патологии). Для пациентов с кардиоваскулярной патологией характерна высокая частота встречаемости остеопороза, что позволяет рассматривать ИБС, АГ как факторы риска снижения МПК. Длительное течение ИБС, АГ, выраженность органных изменений, прогрессирование хронической сердечной недостаточности, увеличение сердечно-сосудистого риска способствуют снижению МПК.

0567

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Платицына Н.Г., Кусливая О.Н., Болотнова Т.В.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ, Тюмень, Россия

Клинический исход остеопороза (ОП), как и для большинства многофакторных заболеваний, определяется по наиболее значимым факторам риска.

Цель: проанализировать факторы риска развития остеопороза у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: в обследовании приняли участие 82 пациента зрелого и пожилого возраста с кардиоваскулярными заболеваниями. С учетом характера патологии были сформированы следующие группы: В I группу было включено 40 пациентов с ИБС и АГ, во II группу — 42 пациента с АГ. III группу составили 28 человек без соматической патологии. Пациенты всех групп были сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела. Из обследования были исключены лица с другими заболеваниями и состояниями, самостоятельно приводящими к снижению минеральной плотности кости (МПК). Для оценки факторов риска остеопороза использовали унифицированные опросники, а также компьютерную программу FRAX, согласно рекомендациям Международной ассоциации по остеопорозу и ВОЗ (2008). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета Statistica 6.0 .

Полученные результаты: при анализе полученных данных установлено, что факторы риска остеопороза достаточно часто встречались у пациентов всех групп. В 1-ой и 2-ой группах факторы риска выявлены у 61,87+9,67% и 55,50+8,48% обследованных, соответственно, что чаще, чем в группе контроля — 47,01+8,78%. С одинаковой частотой регистрировались такие факторы риска как курение (около 40% пациентов каждой группы), низкая физическая активность, низкое суточное потребление кальция с пищей, переломы у ближайших родственников в анамнезе. Среди обследованных лиц злоупотребление алкоголем не отмечалось. Атравматические переломы костей и снижение роста достоверно чаще отмечались у пациентов с ИБС в ассоциации с АГ. Так, перенесенные атравматические переломы диагностировались у 47,5+7,43% пациентов 1-ой группы, у 30,95+4,67% 2-ой группы и у 14,28+2,60% 3-ей, а снижение роста более чем на 3 см в 52,5+8,22%, 21,42+3,22% и 3,57+0,57%, соответственно (pI-III<0,001). Полученные результаты позволяют констатировать тяжелое течение остеопенического синдрома у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Наиболее частая локализация

остеопоротических переломов у больных с кардиоваскулярной патологией — компрессионные переломы позвоночника, которые встречались в 52,6+11,92% случаев.

Выводы: проведенные исследования показали, что факторы риска ОП наиболее часто регистрируются у пациентов с ИБС, АГ по сравнению со здоровыми лицами. Практически у половины пациентов с кардиоваскулярной патологией встречаются атравматические переломы в анамнезе, наиболее частая локализация которых компрессионные переломы позвоночника. Представленные результаты указывают на необходимость своевременной диагностики, комплексной профилактики и лечения остеопенического синдрома у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

0568

ВЛИЯНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

Плиговка В.Н., Шапошникова Ю.Н.*

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

***Харьковский национальный медицинский университет**

Целью данной работы являлось изучение влияния субклинического гипотиреоза (СГ) на показатели липидного и углеводного обмена у пациентов с гипертонической болезнью и ожирением.

Материалы и методы: в исследование было включено 106 больных с субклиническим гипотиреозом, ожирением I-II степени и гипертонической болезнью I-II стадии, средний возраст которых составил 54,2+0,9 года, группу контроля составили 26 эутиреодных пациента, аналогичного возраста, пола и ИМТ. Обе группы пациентов также были сопоставимы по степени ГБ и ожирения. Всем пациентам проводили исследование гомонов щитовидной железы: трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ) — иммуноферментным методом, используя коммерческие наборы фирмы DRG (Германия), в сыворотке крови измерение оптической плотности проводили на фотометре анализаторе «Humanrider» (Германия). Критерием субклинического гипотиреоза служило изолированное повышение ТТГ более 4 мМЕ/л на фоне нормальных значений Т3 и Т4. Показатели липидного спектра крови определяли с использованием наборов реактивов «Ольвекс» (Россия), иммунореактивный инсулин (ИРИ) определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов. Степень инсулинорезистентности оценивали с помощью “гомеостатической” модели, HOMA-IR = (гликемия натощак) х (ИРИ) /22,5.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с СГ по сравнению с группой контроля были выявлены более выраженные атерогенные изменения показателей липидного профиля и чувствительности к инсулину. В частности, уровень ХСЛПВП был достоверно ниже, а уровень ИРИ, значения HOMA-IR были выше в группе с СГ по сравнению с аналогичными показателями в группе контроля. Различия показателей в изучаемых группах носили статистически значимый характер (P<0,05). Нами были получены следующие результаты: уровень ХС ЛПВП у пациентов с СГ составил 1,0 ммоль/л [0,85; 1,2], т.е.был ниже, чем в контрольной группе, — 1,2 ммоль/л [1,1; 1,4] (Т = 308, р= 0,04); концентрация ИРИ 10,0 мкМЕ/мл [9,3; 12,1], HOMA IR 1,9 [1,7; 2,2], коэффициент атерогенности 3,48 [2,4; 4,0] в основной группе были выше, чем в контрольной: ИРИ 6,7 мкМЕ/мл [5,9; 6,5] (Т = 135, р = 0,001); HOMA-IR 1,1 [1,0; 1,5] (Т =145, р = 0,004) и коэффициент атерогенности (КА) — 2,5 [2,1;2,9] (Т = 163, р = 0,02) соответственно.

При анализе данных между подгруппами больных с СГ в зависимости от ИМТ и тяжести ГБ более значимые изменения в липидном и углеводном обмене наблюдались в группе с ожирением II степени и ГБ II ст. На фоне заместительной терапии с использованием L-тироксина отмечена положительная динамика изучаемых показателей: повышение уровня ХС ЛПВП и снижение уровней ХС ЛПНП, ИРИ и КА. Результаты данного исследования показали, что субклинический гипотиреоз вносит определенный вклад в развитие и прогрессирование не только ИБС, но и инсулинорезистентности.

0569

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Пляшешников М.А., Сидоренкова Н.Б., Жгут О.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия

Цель. Провести анализ фармакотерапии артериальной гипертонии (АГ) у больных хронической болезнью почек (ХБП).

Методы исследования. Проанализированы 116 историй болезни пациентов, проходивших лечение в отделении нефрологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Барнаула в 2012 г. Средний срок госпитализации составил 13,63±0,27 суток. Средний возраст больных — 54,11±1,20 года (56% — женщины). Основные нозологии: хронический гломерулонефрит (ХГ) — 38%, хронический пиелонефрит (ХП) — 22%, хронический тубулоинтерстициальный нефрит — 12%, первичный нефроангиосклероз — 7%, поликистоз почек — 7%, нефропатия сложного генеза — 6%. АГ 1 степени выявлена у 15% больных, АГ 2 степени — у 23%, АГ 3 степени — у 63%. ХБП II стадии имели 5% пациентов, ХБП IIIа стадии — 25%, ХБП IIIб стадии — 40%, ХБП IV стадии — 26%, ХБП V стадии — 4%. Протеинурия не была выявлена у 25% больных, повышенная протеинурия (А1) выявлена у 2%, высокая протеинурия (А2) — у 36%, очень высокая протеинурия (А3) — у 33%, нефротическая протеинурия (А4) — у 4% больных. Анализ фармакотерапии проводился по листам назначения.

Результаты. У 85% больных проводилась комбинированная антигипертензивная терапия. Среднее число одновременно назначаемых препаратов на больного составило 2,99±0,12. Наиболее часто назначались бета-адреноблокаторы (БАБ) — у 72% больных (бисопролол — 58%, метопролол — 39%, бетаксолол — 7%, атенолол — 1%). Диуретики (Д) получали 69% больных (индапамид — 68%, фуросемид — 20%, торасемид — 13%, спиронолактон — 8%). Антагонисты кальция (АК) назначались у 57% больных (амлодипин — у 73%, нифедипин в продленных формах — у 32%). Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) назначались у 50% больных (фозиноприл — у 72%, эналаприл — у 24%, рамиприл — у 4%, лизиноприл и квинаприл — у 2%). Блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БАР) получали 22% больных (лозартан — 96%, телмисартан — 4%). Агонисты центральных имидазолиновых рецепторов получали 18% больных (рилменидин — 76%, моксонидин — 33%). Альфа-адреноблокаторы получали 7% (доксазозин — 88%, теразозин — 13%).

В соответствии с Национальными рекомендациями препаратами первой линии для лечения АГ у больных ХБП являются ИАПФ или БАР. Тем не менее, у многих больных в нашей группе эти средства не назначались. Основными причинами отказа от ИАПФ были: гиперкалиемия (22%), стенозы почечных артерий (7%), тяжелая азотемия. Так, частота применения ИАПФ при ХБП IIIа стадии составила 76%, при ХБП IIIб стадии — 52%, при ХБП IV стадии — 23%. У 34% больных, не получавших ИАПФ, были назначены БАР. На фоне проводимой терапии АД достоверно снизилось со 146,25±1,87/89,35±0,98 до 125,86±0,80/80,95±0,56 мм рт. ст. Целевые цифры АД на момент выписки были достигнуты у 71% больных.

Выводы. У большинства больных ХБП с АГ для достижения целевых цифр АД требуется проведение комбинированной антигипертензивной терапии. Наиболее часто назначались БАБ (72%), Д (69%) и АК (57%). Препараты с нефропротективным действием — ИАПФ (50%) и БАР (22%) применялись реже, однако общее число больных, получавших ИАПФ и БАР, составило 67%.

0570

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПЕРЕДНЕ-ЗАДНИМ РАЗМЕРОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Подзолков В.И, Тарзиманова А.И., Лория И.Ж., Мохаммади Л.Н.

ГБОУ ВПО Первый ПМГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра факультетской терапии № 2, Москва

Цель исследования: Оценить концентрацию мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в плазме крови и его взаимосвязь с показателями сократительной функции миокарда у пациентов ИБС с персистирующей формой фибрилляций предсердий (ФП) в первые трое суток после восстановлении синусового ритма.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 47 пациентов ИБС с персистирующей формой ФП, в возрасте от 45 до 82 лет (средний возраст 67,5±9,1 лет), из них 10 (21,2%) мужчин и 37 (78,8%) женщин. Всем больным синусовый ритм был восстановлен в течение первых суток инфузией кордарона в нагрузочной дозе 300 мг внутривенно. В исследование не включались больные с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе и тяжелой ХСН III-IV фк NYHA.

В первые трое суток после восстановления синусового ритма всем больным был произведен забор крови для определения концентрации мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Структурно-функциональное состояние миокарда оценивали методом трансторакальной ЭхоКГ на аппарате «Siemens» (Германия).

Результаты исследования: в первые трое суток после восстановления синусового ритма у 41(87%) пациентов определялось повышение концентрации NT-proBNP в плазме крови. Среднее значение показателя составило — 160,4 пг/мл.

Результаты ЭхоКГ, проведенной после восстановления синусового ритма, показали, что все больные, включенные в исследование, имели нормальные значения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ=64,00±4,23%), конечного диастолического и конечного систолического объема ЛЖ (КДО ЛЖ=110,10±27,44мл; КСО ЛЖ=39,12 ±7,54мл). У 43(91%) пациентов было выявлено увеличение передне-заднего размера левого предсердия (ЛП), среднее значение по группе составило 3,9 ±0,43см.

Для изучения взаимосвязи между концентрацией NT-proBNP и размером ЛП был проведен регрессионно-кореляционный анализ. Получена прямая зависимость умеренной силы ($r = 0,6$; $p<0,05$) между концентрацией NT-proBNP и передне-задним размером ЛП.

Заключение: В первые трое суток после восстановления синусового ритма у больных ИБС с персистирующей формой ФП определяется увеличение концентрации мозгового натрийуретического пептида в плазме крови. Выявлена зависимость средней силы между концентрацией мозгового натрийуретического пептида и передне-задним размером ЛП.

0571

ИЗМЕНЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВЫБОРЕ РАЗЛИЧНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИИ

Подзолков В.И., Тарзиманова А.И., Лория И.Ж., Мохаммади Л.Н.

ГБОУ ВПО Первый ПМГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра факультетской терапии № 2, Москва

Цель исследования: Оценить изменение сократительной функции миокарда у больных с персистирующей формой ФП через 6 месяцев лечения амиодароном в суточной дозе 200 мг и бисопрололом в суточной дозе 5 мг.

Материалы и методы исследования: в исследование было включено 47 пациентов ИБС с персистирующей формой ФП. В зависимости от выбора стратегии лечения аритмии все пациенты были поделены на 2 группы. 25 пациентов I группы для удержания синусового ритма принимали амиодарон в суточной дозе 200 мг, 22 пациента II группы для контроля частоты желудочковых сокращений использовали бисопролол 5 мг в сутки. Больные были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести ХСН.

Для оценки инотропной функции миокарда всем больным проводилась равновесная радионуклидная вентрикулография (РРВГ). Первичное исследование было выполнено 47 (100%) больным в первые 3 суток после восстановления синусового ритма, повторное исследование проводилось пациентам, сохранившим синусовый ритм через 6 месяцев лечения.

Результаты исследования: при проведении первичной РРВГ у больных ИБС с персистирующей формой ФП были диагностированы изменения диастолической функции миокарда, в виде значимого снижения наполнения за 1/3 диастолы левого желудочка (ЛЖ) — 20,92%±8,01 в I группе и 26,27%±10,29 во II группе; уменьшение максимальной скорости наполнения ЛЖ — 221,74%/с±77,1 и 238,79%/с±42,36 соответственно.

Результаты контрольного исследования через 6 месяцев обнаружили достоверно значимое увеличение показателей наполнения за 1/3 диастолы ЛЖ с 20,92%±8,01 до 27,17%±9,7, максимальной скорости наполнения ЛЖ с 221,74%/с±77,1 до 250,78%/с±76,51, вклада предсердий ЛЖ с 15,92%±4,06 до 21,53%±6,64 ($p<0,05$) у пациентов I группы.

У пациентов II группы определялась тенденция к увеличению показателей наполнения за 1/3 диастолы и

максимальной скорости наполнения ЛЖ, однако, достоверно значимых отличий не выявлено (p>0,05).

Заключение: Удержание синусового ритма в течение 6 месяцев при лечении амиодароном в суточной дозе 200 мг улучшает показатели диастолической функции миокарда у больных ИБС с персистирующей формой ФП. Стратегия контроля частоты желудочковых сокращений при назначении бисопролола в суточной дозе 5 мг у больных ИБС с персистирующей формой ФП достоверно не улучшала показатели диастолической функции миокарда.

0572

БЛОКАТОРЫ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА2

Позднякова Н.В., Татарченко И.П., Мордовина А.Г.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России, Пенза

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета, осложненное хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), диктует необходимость понимания терапии, влияющей на процессы сердечно-сосудистого ремоделирования.

Цель работы: оценка клинико-гемодинамических и органопротективных эффектов телмисартана (микардис, Boehringer Ingeheim) у больных АГ и сахарным диабетом типа 2 (СД2) с диастолической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III функциональных классов (ФК).

Материал и методы исследования: 56 больных (58,2±5,3 лет) с признаками ХСН I-II функционального класса (ФК) и нарушением диастолической функции ЛЖ по типу аномальной релаксации, с ФВ ЛЖ более 50%, при условии лечения пероральными сахароснижающими препаратами. Длительность наблюдения — 40 недель. Перед назначением микардиса всем пациентам проводились общеклиническое и лабораторное исследования, регистрация ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), тест 6-ти минутной ходьбы. Повторные исследования выполнены в конце периода наблюдения.

Результаты и выводы: лечение микардисом не прерывалось ни у одного из исследуемых, целевые уровни показателей артериального давления достигнуты у всех пациентов (130/80 мм рт.ст.). К концу периода наблюдения субъективное улучшение состояния отметили 96,4% обследуемых. Среднее число шагов при проведении теста 6-ти минутной ходьбы и количество пройденных метров у больных после приема микардиса возросли в сравнении с исходными величинами, соответственно, на 26% и 24%. Отметили положительное воздействие телмисартана на процесс ремоделирования ЛЖ: уменьшение КДО на 10%, КСО на 13,9%, увеличение ФВ на 10,6%, p<0,05. К концу периода отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение E/A до 32%, уменьшение IVRT на 25%, p<0,05. При анализе основных показателей диастолической функции и отдельных параметров, отражающих процесс ремоделирования ЛЖ, установлена обратная связь: между соотношением E/A и ИММЛЖ (R= -0,57; p=0,04), ОТС ЛЖ (R = -0,62; p=0,02); между E'/A' и ИММ ЛЖ (R= -0,65; p=0,03), ОТС ЛЖ (R=-0,69; p=0,03). Установлена связь степени ночного снижения АД с ИММЛЖ (R=0,64, p=0,003), с ОТС ЛЖ (R=0,59, p=0,002), что указывает на вероятность значимости нарушений суточного профиля АД при формировании гипертрофии ЛЖ у больных СД2. На фоне терапии микардисом отмечено незначительное снижение гликированного гемоглобина, постпрандиального уровня гликемии.

Таким образом, назначение блокатора ангиотензиновых рецепторов микардиса обеспечивает гипотензивный эффект, положительную динамику структурно-геометрических показателей и диастолической функции ЛЖ, не угнетая сократительную способность миокарда, при увеличении переносимости физических нагрузок.

0573

ВОЗДЕЙСТВИЕ МИЛДРОНАТА НА АВТОНОМНУЮ КАРДИАЛЬНУЮ НЕЙРОПАТИЮ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Полетаева Л.В, Стаценко М.Е., Туркина С.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград, Россия

Цель: изучить воздействие милдроната на течение автономной кардиальной нейропатии (АКН) у больных

сахарным диабетом 2 типа (СД).

Методы исследования: обследовано 70 пациентов с СД в стадии компенсации и субкомпенсации углеводного обмена и артериальной гипертензией (АГ). Средний возраст 61,5±0,7 года. Длительность СД составляла — 8,34 ± 0,5 года. На момент включения в исследование артериальное давление (АД) контролировалось на целевых значениях с помощью гипотензивных препаратов (эналаприла малеат, индапамид, при необходимости допускался прием амлодипина). Все пациенты имели АКН, наличие которой подтверждалось с помощью стандартных тестов диагностики вариабельности ритма сердца (ВРС): проба Вальсальвы, соотношение 30:15, проба с глубоким дыханием, тест Шелонга. В качестве сахароснижающих средств пациенты применяли метформин и глибенкламид. Все больные были рандомизированы на 2 группы: основную и контрольную. В контрольной группе (n= 35), использовали базисную терапию сахароснижающими и гипотензивными препаратами. Основная группа (n = 35) получала дополнительно милдронат 1,0 г в сутки. Исходно и после 3 месяцев лечения выполнялась оценка параметров вариабельности ритма сердца (ВРС) с использованием аппаратно-программного комплекса «Варикард- 1.41» (Россия). В исследовании учитывались следующие показатели: (SDNN) — среднее квадратическое отклонение, (SI) — индекс напряжения регуляторных систем, TP — общая мощность спектра, LF — отражающий активность симпатических центров, HF — отражающий активность парасимпатических центров, VLF — отражающий активность центральных и гуморально — метаболических механизмов регуляции сердечно-сосудистого ритма.

Полученные результаты: в основной группе отмечалось увеличение SDNN на 128,3% (p<0,001) и уменьшение SI на 44,1% (p<0,001), что свидетельствует о способности милдроната уменьшать активность симпатического звена вегетативной нервной системы. В контрольной группе SDNN увеличилось лишь на 17,7% (p<0,01), а SI уменьшился на 16,6% (p<0,05). Кроме того, в основной группе отмечено увеличение показателя TP на 58,2% (p<0,01) и LF на 87,06% (p<0,001). В контрольной группе эти показатели увеличились соответственно на 7,4% (p <0,05) и на 10,7% (p<0,05). Показатель HF, у пациентов получающих милдронат, увеличился на 67,61% (p<0,001), а показатель VLF, увеличился на 48,13% (p<0,001). В контрольной группе HF увеличился на 9,8% (p<0,05), а VLF увеличился на 16,9% (p<0,001).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии милдроната, в составе комбинированной терапии, на течение АКН у больных СД и АГ, что проявляется уменьшением дисбаланса симпатической и парасимпатической активности и может играть определенную роль в снижении сердечно-сосудистого риска у данной категории пациентов.

0574

ОКИСЛЕННО-МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ЛИПИДЫ И ПРОТЕИНЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Полонская Я.В., Каштанова Е.В., Кривчун А.С.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно исследовательский институт терапии» Сибирского отделения РАМН. Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучение содержания окислительных модификаций липидов и протеинов в крови у мужчин с коронарным атеросклерозом.

Материалы и методы. Материалом исследования была стабилизированная 3,8% раствором цитрата натрия кровь 110 мужчин 35-65 лет, в среднем 52,5±2,5 лет. В основную группу были включены 52 мужчины с ишемической болезнью сердца (ИБС) и острым инфарктом миокарда (ИМ), в контрольную — 58 мужчин без ИБС.

Биохимические исследования крови включали: изучение перикисного окисления липидов (ПОЛ), окислительной модификации аполипопротеинов ЛНП (ок-апоЛНП) и фибриногена. Уровень продуктов ПОЛ в плазме, исходный уровень продуктов ПОЛ в липопротеинах низкой плотности (ЛНП) и резистентность ЛНП к окислению определяли флюориметрическим методом. Определение ок-апоЛНП проводили фотометрическим методом. Содержание фибриногена оценивали с использованием наборов «Технология Стандарт» по методам Баркагана З.С. Окислительную модификацию фибриногена определяли после проведения реакции с 2,4- динитрофенилгидразином собственным методом.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы SPSS for Windows. Критерием достоверности считалось p<0,05.

Результаты: У мужчин с острым ИМ уровень продуктов ПОЛ в плазме был выше в 1,7 раза в сравнении с

контрольной группой. Резистентность ЛНП к окислению in vitro — ниже в 1,2 раза в сравнении с контрольной группой. При остром ИМ окислительные изменения всех протеинов в плазме были выше в 1,4 раза, а окислительная модификация апоЛНП — в 1,3 раза, чем в контроле. Были выявлены существенные различия между группами мужчин: при остром ИМ, окислительная модификация фибриногена была выше в 1,7 раз в сравнении с контрольной группой.

Определены значимые корреляционные связи (для непараметрического распределения признаков, r Спирмена здесь и далее) уровня окисленного фибриногена с активностью процесса ПОЛ в плазме ($r=0,182$, $p<0,01$), исходным уровнем продуктов ПОЛ в ЛНП ($r=0,191$, $p<0,01$) и наличием ИМ ($r=0,389$, $p<0,01$), но не с окисленными белками плазмы. Линейный регрессионный анализ не показал зависимости уровня окисленного фибриногена от других параметров окисления: при включении окисленного фибриногена в модель в качестве зависимой переменной — степень влияния других параметров окисления не была статистически значимой.

Выводы. Полученные нами результаты показали, что при ИМ, наряду с повышенными окислительными изменениями липидов и протеинов плазмы, наблюдается значительная окислительная модификация фибриногена. Вероятно, повышенный уровень окисленного фибриногена может быть одним из новых маркеров окислительного стресса, имеющего место при ИБС и инфаркте миокарда.

0575

НАРУШЕННАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ГРУППЕ МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Помогайбо Б.В.

ООО «Лечебно-диагностическая клиника «ВитаНова», г. Волгоград

Диастолическая дисфункция (ДД) — это важнейший ультразвуковой функциональный маркер поражения сердца при артериальной гипертензии (АГ). Ее ранняя диагностика ассоциируется с неблагоприятным течением сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и может предшествовать выявлению снижения насосной функции левого желудочка (ЛЖ). Роль ДД при АГ в молодом возрасте изучена недостаточно, поскольку ее распространенность значительно ниже, чем среди больных старше 60 лет.

Целью исследования было изучить взаимосвязь нарушения диастолической функции и факторов риска развития ССЗ в группе мужчин до 60 лет.

Материал и методы. Нами проведен эхокардиографический скрининг ДД у 99 мужчин молодого и среднего возраста (средний возраст 40±1,1 лет) с впервые выявленной АГ, не имевших диагностированного ССЗ, в поликлинических условиях. Объем обследования включал общеклиническое исследование крови и мочи, рутинную биохимическую панель, липидограмму, ЭКГ, ЭХО-КГ, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), УЗИ органов брюшной полости и почек. ДД (тип трансмитрального спектра в зависимости от тяжести диастолических нарушений ЛЖ) оценивали в соответствии с критериями Российских национальных рекомендаций ВНОК и ОССН по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности, 2010 г. Количество жировых отложений оценивали с помощью аппарата Omron BF-306. Статистическая обработка производилась с помощью программы Statistica 10.0.

Результаты исследования. При проведении эхокардиографического скрининга у 18 мужчин (18%) были выявлены изменения диастолической функции, причем они были представлены нарушением релаксации ЛЖ. Далее мы проанализировали взаимосвязь ДД с физикальными и лабораторно-инструментальными показателями абдоминального ожирения (АО), АГ и параметрами биохимического анализа крови. Из всего массива факторов при построении корреляционной матрицы были отобраны те переменные, которые имели статистически значимую связь с ДД ($r>0,3$), и далее они были включены в многофакторный регрессионный анализ. Следует отметить, что из всех параметров АО только объем талии коррелировал с ДД. В результате многофакторной регрессии, проведенной с пошаговым включением переменных в математическую модель, ДД достоверно ассоциировалась с возрастом, объемом талии, курением, гликемией, вариабельностью диастолического артериального давления ночью. Комбинация этих факторов у конкретного пациента значимо увеличивала апостериорную вероятность развития ДД. Предложенная модель обладала достаточной информационной способностью ($R^2>0,5$) и была статистически значимой ($p<0,005$).

Вывод. Таким образом, в нашей работе в группе мужчин молодого и среднего возраста ДД выявлялась

достаточно часто (18%), и при многофакторном анализе была показана ассоциация ДД с отдельными параметрами традиционных факторов риска ССЗ: АГ, курением, гликемией и АО.

0576

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ УСИЛЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Помосов С.А., Максимов Н.И.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Ижевск, Россия

Цель исследования: оценка возможности немедикаментозного усиления антигипертензивной терапии у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) с помощью интервальных нормобарических гипоксических тренировок (ИНГТ).

Материал и методы. В исследовании учавствовало 45 пациентов обоего пола в возрасте 41,53±2,59 лет, страдающих ГБ I — III стадии, 1 — 3 степени. Пациенты группы наблюдения (23 человек) на фоне антигипертензивной лекарственной терапии получали ИНГТ, группы сравнения (22 человек) — только фармакотерапию (периндоприл 5 мг/сут., индапамид 1,5 мг/сут.). Методика ИНГТ заключалась в дыхании газовыми смесями со сниженным содержанием кислорода (до 10-12%) в импульсном режиме. Время дыхания гипоксической смесью от 3 до 6 минут, затем 3-6 минут дыхания обычным воздухом (с содержанием кислорода 20-21%). За один сеанс проводили 4-6 подъемов (гипоксических циклов), курс ИНГТ состоял из 16-20 сеансов. Эффективность проводимой терапии оценивали спустя 6 месяцев после начала лечения.

Результаты. В процессе лечения у пациентов обеих групп отмечено постепенное купирование клинических проявлений ГБ. В группе наблюдения САД снизилось с 163,95±2,93 до 134,30±1,56 мм рт. ст. (на 18,1%) и ДАД с 101,75±2,16 до 83,85±1,20 мм рт. ст. (на 17,6%), в группе сравнения — с 162,90±2,63 до 141,50±1,56 мм рт. ст. (на 13,1%) и с 99,35±1,68 до 90,50±0,84 мм рт. ст. (на 8,9%), соответственно. При выполнении теста с 6-минутной ходьбой в группе наблюдения проходимая дистанция увеличилась с 392,0±10,78 м до 434,0±11,98 м ($p<0,001$), сравнения — с 412,0±9,58 м до 438,25±9,28 м ($p<0,05$).

Уровень общего холестерина в группе наблюдения снизился с 6,76±0,35 до 5,70±0,31 ммоль/л (на 15,7%), холестерина липопротеидов низкой плотности с 3,68±0,21 до 2,94±0,18 ммоль/л (на 20,1%), в группе сравнения — с 6,78±0,39 до 6,24±0,35 ммоль/л (на 7,9%) и с 3,71±0,27 до 3,44±0,25 ммоль/л (на 7,3%), соответственно.

Динамика снижения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в группе наблюдения была существенно значительнее (с 11,20±0,09 до 8,75±0,15 м/с по сосудам мышечного типа и с 11,67±0,16 до 8,87±0,24 м/с по сосудам эластического типа), чем в контрольной (с 11,12±0,20 до 9,8±0,19 м/с и с 11,38±0,27 до 10,22±0,27 м/с, соответственно).

Выводы. Включение ИНГТ в комплексную терапию ГБ позволяет достичь более значительного контроля уровня АД, а значит и более надёжной защиты органов-мишеней и уменьшения доз принимаемых медикаментов, предотвращая риск возникновения побочных эффектов фармакотерапии. ИНГТ позволяет получить дополнительные позитивные эффекты в виде потенцирования гипотензивного действия лекарственных средств, уменьшения выраженности атерогенной дислипидемии, что повышает эластичность сосудов мышечного и эластического типа, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам. В группе пациентов ГБ, получавших только фармакотерапию, динамика АД, толерантности к физической нагрузке, липидного профиля и СРПВ были менее выраженными. Побочных эффектов от применения ИНГТ не отмечено.

0577

СООТВЕТСТВУЕТ ЛИ НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ НАЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ОКСБПST) В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ?

Попонина Т.М.,[1] Попонина Ю.С.,[1,2] Юнусова Е.Ю.[1]

[1]ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России; [2]ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН2, г. Томск, Россия

Цель: изучить частоту назначения двойной антитромбоцитарной терапии, нефракционированного и низкомолекулярных гепаринов у больных с ОКСБПST, госпитализированных в терапевтическое и в кардиологическое отделения.

Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни путем сплошной выборки. Анализу были подвергнуты 160 историй болезни больных ОКСБПST, которые поступили в течение января — марта 2012 г. в кардиологическое отделение ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН и в терапевтическое отделение МАУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи». Мы проанализировали также 720 историй болезни больных ОКСБПST, поступивших в течение 2005 г. в кардиологическое или терапевтическое отделения выше названных лечебных учреждений. Были проанализированы клинические данные, объем обследования и лечения на госпитальном этапе.

Результаты: В 2012 г. в терапевтическом отделении 96,6% пациентов с ОКСБПST было пролечено нефракционированным гепарином (НФГ), причем всем больным НФГ вводился подкожным способом введения, низкомолекулярные гепарины не были назначены ни одному больному, в то время как 45% больных кардиологического отделения вводился эноксапарин, 55% — НФГ в виде внутривенной инфузии. Лабораторный мониторинг активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) был проведен у всех пациентов, леченных нефракционированным гепарином (НФГ) в кардиологическом отделении. Контроль гепаринотерапии в терапевтическом отделении фактически не был проведен: АЧТВ было определено у 75 % больных, причем однократно. В терапевтическом отделении больным не были определены сердечные тропонины, МВ КФК, практически всем больным были определены АЛТ и АСТ, которые ввиду их крайней неспецифичности давно потеряли диагностическую ценность как маркеры некроза миокарда, поэтому оценка степени риска у больных определялась практически только на основании жалоб, анамнеза и регистрации ЭКГ. В кардиологическом отделении всем больным были определены МВ КФК в сочетании с общей КФК и сердечные тропонины, всем больным была проведена КВГ, в то время как ни одному из больных в терапевтическом отделении КВГ не была проведена. Реваскуляризация миокарда была выполнена только у больных кардиологического отделения (22,5%). Частота назначения двойной антитромбоцитарной терапии пациентам ОКСБПST в терапевтическом отделении была равна 20%, в кардиологическом отделении — 95%.

Выводы: Ограниченность возможностей терапевтического стационара не позволяет выполнить объем проводимого обследования и лечения больным ОКСБПST в соответствии с Национальными рекомендациями, Объем обследования и лечения больных ОКСБПST, поступивших в терапевтическое отделение в 2012г., был практически таким же, как и в 2005г., лишь увеличилась частота назначения клопидогрела с 0% до 20%.

0578

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ И КАРДИОЛОГОВ

Попонина Т.М.,[1] Свербеева М.Г.[2]

[1]ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России, [2]ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: С целью изучения активности профилактических мероприятий было проведено обследование населения, прикрепленного к поликлиникам, на предмет изучения частоты встречаемости основных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и потребности в изменении образа жизни.

Материал и методы: Данные были получены в результате проведенного на территории Томской области скрининга населения, прикрепленного к поликлиникам города Томска и сельской местности, и телефонного опроса пациентов. Обследованию были подвергнуты 1631 человек в возрасте 15-75 лет, среди них — 588 мужчин и 1043 женщин. В группу телефонного опроса были включены 130 пациентов с документированной артериальной гипертонией (АГ).

Результаты. Анализ данных позволил выявить, что уровень общего холестерина (ОХС) менее 5 ммоль/л имели 43,6% мужчин и 39,7% женщин. Причем ОХС был определен у 791 человека из всего массива обследованных пациентов, что составило 48,5%.

Частота встречаемости курения составила 56,6% среди лиц мужского пола и 11,1% — женского. Среднее количество выкуриваемых сигарет составило 15,9±6,3 в день и 9,8±5,5 среди мужчин и женщин соответственно (p=0,001). К моменту обследования отказались от курения 18,7% мужчин и 3,7% женщин (p=0,001).

Избыточная масса тела встречалась в 43,2% у мужчин и в 35,4% у женщин. Статистически значимо чаще

от ожирения страдали лица женского пола, чем мужского (36,8% и 18,9% соответственно, p=0,001).

Менее половины пациентов имели нормальные значения систолического артериального давления (САД). Уровень САД 120 мм рт.ст. наблюдался у 40,6% мужчин и 39,7% женщин. Высокое нормальное АД по критериям САД встречалось в 17,6% случаев у мужчин и 13% случаев у женщин (p=0,027). Артериальная гипертония различных степеней была выявлена в 35,1% случаях у мужчин и 42% женщин (p=0,04).

По данным проведенного телефонного опроса 76,3% пациентов высказали потребность в изменении образа жизни.

Заключение. Высокая потребность пациентов в рекомендациях по здоровому образу жизни и значительная частота встречаемости основных ФР говорят о том, что на уровне первичного звена здравоохранения существует определенный дефицит профилактических мероприятий, направленных на коррекцию состояний, ответственных за развитие и прогрессирование ССЗ.

0579

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Попонина Ю.С.,[1,2] Гундерина К.И.,[1] Попонина Т.М.,[1] Марков В.А.[1,2]

[1]ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России; [2]ФБГУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, г. Томск

Цель: изучение эффективности и безопасности препарата Агомелатин (Вальдоксан производства компании «Сервье») у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами.

Методы исследования: в открытое, сравнительное, проспективное исследование включены 45 больных с ОКС с наличием симптомов психической дезадаптации с тревожными расстройствами невротического уровня. Для выявления симптомов психической дезадаптации и оценки выраженности расстройств пациенты были обследованы психиатром с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы депрессии Бека, Шихана. Когнитивный статус пациентов обследовался с помощью шкалы Mini — Mental State Examination. Средний возраст больных составил 57,4±1,7 лет. На фоне общепринятой терапии ОКС пациентам I группы (n=20) был назначен Вальдоксан 25 мг/сут, пациентам II группы (n=25) — плацебо. Оценка эффективности лечения больных осуществлялась исходно и через 6 мес. по динамике клинического состояния, толерантности к физической нагрузке (ТФН), качества жизни.

Результаты: Обе лечебные группы были сопоставимы по клинико-демографическим показателям, а также по базисной терапии ОКС. Пациенты обеих групп имели не менее 3-х факторов риска ишемической болезни сердца (артериальную гипертензию, дислипидемию, курение), а также высокий риск острого тромбоза коронарных артерий. У 70% пациентов обеих групп было проведено чрезкожное коронарное вмешательство: стентирование в области критических стенозов коронарных артерий. Через 6 мес. по сравнению с показателями на момент выписки из стационара в группе лечения Вальдоксаном функциональный класс стенокардии, ХСН и ТФН статистически значимо уменьшились, в то время как выше перечисленные показатели в группе плацебо не изменились. У части пациентов группы Вальдоксана уменьшилась частота и/или продолжительность эпизодов депрессии сегмента ST по данным суточного мониторирования ЭКГ. Динамика показателей шкалы оценки клинического состояния отражала статистически значимое улучшение клинического состояния только в группе Вальдоксана. Сумма баллов Миннесотского опросника у пациентов группы плацебо не изменилась, а в группе Вальдоксана значимо уменьшилась по сравнению с исходом. Ни у одного из пациентов, принимавшего Вальдоксан, не было выявлено побочного эффекта.

Заключение: у больных с острым коронарным синдромом, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами, Вальдоксан повышает эффективность стандартной противотромботической и антиангинальной терапии.

0580

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОДВЕРГНУТЫХ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Попылькова О.В.,[1] Искендеров Б.Г.,[2] Иноземцева С.Ю.[1]

[1]ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия; [2]Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: определить частоту и причины тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших коррекцию клапанных пороков сердца.

Материал и методы. Обследованы 36 больных (17 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 33 до 66 лет (56,4±2,3 года) после протезирования и/или пластики клапанов сердца, и страдающих ХСН. Из них у 31 больного (86,1%) клапанные пороки носили приобретенный характер и у 5 больных (13,9%) — врожденный. Основным этиологическим фактором пороков сердца у 21 больного (58,3%) явилась хроническая ревматическая болезнь сердца. У 16 больных (44,4%) проводилось протезирование митрального клапана (МК), у 11 больных (30,6%) — протезирование аортального клапана (АК) и у 9 больных (25,0%) — протезирование МК и АК. У половины этих больных выполнялась и пластика трикуспидального клапана (ТК).

Всем проводили эхокардиографию, пробу с 6-ти минутной ходьбой, психологическое тестирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), определение тяжести ХСН по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) по В.Ю. Мареева.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде — первые 3-4 недели после операции, у 5 больных (13,9%) выявлялся I функциональный класс (ФК) ХСН, у 19 больных (52,8%) — II ФК, у 8 больных (22,2%) — III ФК и у 4 (11,1%) — IV ФК ХСН. Из 36 больных у 12 (33,3%) после операции имела место декомпенсация ХСН (III-IV ФК). Также выявлено, что у больных с I ФК величина по ШОКС в среднем составляет 2,2 балла, со II ФК — 4,8 балла, с III ФК — 7,8 балла и IV ФК — 11 балла. Из 36 больных у 23 (63,9%) выявлялись ТДР, в том числе, у 18 больных (50,0%) –- тревожные расстройства и у 23 (63,9%) депрессивные расстройства. Из них клинически выраженная тревога отмечалась в 50% случаев и клинически выраженная депрессия — в 69,6% случаев. При этом у пациентов с ТДР в 58,3% случаев был III-IV ФК ХСН и в 41,7% случаев — I-II ФК ХСН. В группе больных с ТДР величина ударного объема составила 67,5±7,9 мл и в группе больных без ТДР — 73,3±16,3 мл (p>0,05).

Выводы. Показано, что в раннем послеоперационном периоде более половины больных, перенесших коррекции клапанных пороков имеют клинически выраженное ТДР, а также у трети из них наблюдается декомпенсация ХСН.

0581

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Породенко Н.В., Бетризова П.А.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Основную опасность для жизни пациентов представляют ранние осложнения, развивающиеся в первые дни инфаркта миокарда (ИМ). Частота их встречаемости варьирует. Летальность при неосложненном инфаркте миокарда составляет 3-8%, а при развитии осложнений (сердечная недостаточность, желудочковые аритмии, разрывы миокарда) может достигать 45%.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости ранних осложнений, развивающихся у пациентов с инфарктом миокарда в остром периоде, а также сопоставить полученные результаты с данными литературы.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 186 больных, доставленных в кардиологическое отделение №1 МБУЗ КГК БСМП за IV квартал 2012 года. Диагноз инфаркта миокарда выставлен 86 пациентам (средний возраст 69,8±7,4 лет). Все больные получали стандартную терапию, включающую, при отсутствии противопоказаний, нитраты, -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, гепарин, тромболитики, аспирин, клопидогрел — в общепринятых дозах. Изучалась частота встречаемо-

сти осложнений, возникших в остром периоде ИМ.

Полученные результаты. Острая сердечная недостаточность (ОСН) (по Киллипу) встречалась в следующем процентном соотношении: I ст. — 35%, II ст. — 30%, II ст. — 25%, IV ст. — 10%. В литературе ОСН I ст. наблюдается в 45% случаев, II ст. — в 25%, ОСН III ст. — в 15%, ОСН IV ст. — в 15%. Среди нарушений ритма у больных наблюдались такие осложнения как фибрилляция предсердий -3%, фибрилляция желудочков -2%, асистолия -3%, желудочковая экстрасистолия -8%. В литературе в большем проценте наблюдается возникновение желудочковой экстрасистолии — около 50%. Из нарушений проводимости встречались БЛНПГ-5% (6% в литературе), AV-блокады -3% (у 15% больных в источниках). Тромболитическая терапия, выполненная у 7% пациентов, не сопровождалась развитием осложнений в исследуемый период (0,3-1,4% по литературным данным). Развитие летального исхода произошло в 11% случаев. Частота смертности в литературе варьирует и составляет 15-45%.

Выводы:

1.Наиболее часто у больных в остром периоде инфаркта миокарда развивалась острая сердечная недостаточность I ст. по Киллипу.

2.Нарушения сердечного ритма встречались в 2 раза чаще, чем нарушения проводимости.

3.Применение тромболитической терапии не осложнялось желудочно-кишечными кровотечениями.

4.Меньший процент развития летальных исходов за наблюдаемый период, в сравнении с литературными данными, может быть обусловлен применением современных методов хирургической и нехирургической терапии острого коронарного синдрома, преемственностью медицинской помощи от Центра грудной хирургии до кардиологических отделений, следованием стандарту оказания помощи больным инфарктом миокарда.

0582

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕННИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ВЫСОКО- И НИЗКОКОМПЛАЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Породенко Н.В., Скибицкий В.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: сравнение структурно-функциональных изменений миокарда левого желудочка (ЛЖ), суточного профиля артериального давления при сочетании гипертонической болезни (ГБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у высоко- и низкокомплаентных больных.

Материал и методы исследования. Обследовано 65 пациентов с ГБ и ХОБЛ, у которых выполнялись эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и спирометрия. Через 6 месяцев были сформированы 2 группы: первая (высококомплаентные) — 29 больных, получавших эналаприл 10-40 мг в сутки; при недостаточном эффекте — индапамид-ретард 1,25 мг и верапамил SR 120-240 мг. Вторая группа (низкокомплаентные) — 26 больных, нерегулярно принимавших антигипертензивные препараты.

Результаты исследования. Гипертрофия ЛЖ выявлена у 76% пациентов. У 27 человек наблюдалось концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия. У всех больных выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ «ригидного» типа. У 34,5% регистрировался профиль «Non-dipper», в 20 % — «Night-peaker». Параметры функции внешнего дыхания (ФВД) соответствовали средней степени тяжести ХОБЛ.

В 1 группе через 6 месяцев лечения на 14,4% увеличилось число лиц с нормальной геометрией ЛЖ и уменьшилось на 6,6% и 3,2% количество больных соответственно с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ. Индекс массы миокарда (ММЛЖ) уменьшился на 7,8% ($p<0,001$), миокардиальный стресс (МСЛЖ) — на 15,9% ($p<0,001$). Значимо улучшились параметры диастолической функции. На 26% увеличилось число больных с адекватным ночным снижением АД. Показатели ФВД не изменились.

Во 2 группе увеличились ММЛЖ и МСЛЖ (на 8,9% и 11,4% соответственно). В 46,2% случаев выявлена эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. На 5,6% увеличилось время изоволюметрического расслабления

(p>0,05). Наблюдалось прогрессирующее ухудшение параметров СМАД и уменьшилось количество пациентов с патологическим профилем «Non-dipper». Показатели ФВД изменились недостоверно.

Выводы. Эффективная антигипертензивная терапия способствует регрессу ремоделирования, улучшению диастолической функции и не ухудшает параметры функции внешнего дыхания. При низком комплаенсе достоверно ухудшаются показатели структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка, суточного профиля артериального давления, что требует соответствующих мер, направленных на повышение комплаентности пациентов.

0583

ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМБИНАЦИИ С АМИОДАРОНОМ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД КАДИОВЕРСИИ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ I ТИПА

Потапова К.В., Аминева Н.В., Носов В.П., Боровков Н.Н.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Нижний Новгород, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности и безопасности чреспищеводной электрической кардиостимуляции (ЧПЭКС) при лечении трепетания предсердий (ТП) I типа в комбинации с однократным внутривенным струйным введением амиодарона в сравнении с традиционной методикой проведения ЧПЭКС.

Материалы и методы. Нами проведен клинический анализ 90 больных с ТП I типа на фоне ишемической болезни сердца с давностью приступа от нескольких часов — суток до 6 месяцев (мужчин — 67,5%, женщин — 32,5%). Средний возраст пациентов составил 62,3 года. Обследование больных включало общеклинические методы, изучение липидного профиля, параметров системы гемостаза, гормонов щитовидной железы, ЭхоДПГ, холтеровское ЭКГ — мониторирование. В исследование не включались больные с вторичным ТП, возникшим при остром инфаркте миокарда, миокардите, перикардите, тромбоэмболии легочной артерии, гипертиреозе, а также больные с пороками сердца, кардиомиопатиями, тяжелой сердечной недостаточностью и выраженной легочной гипертензией при сопутствующей ХОБЛ. Всем больным с ТП, длительностью более 48 часов перед кардиоверсией проводилась 2-3-х недельная антикоагулянтная подготовка варфарином до достижения значения МНО 2,0 — 3,0

Для восстановления синусового ритма у 48 больных применялся следующий способ проведения ЧПЭКС — в случае сохранения трепетания предсердий на фоне проводимой ЧПЭКС по методике залповой сверхчастотной стимуляции, внутривенно струйно вводился амиодарон в дозе 150 мг, через 10-15 минут попытка восстановления синусового ритма по указанной методике повторялась. У 42 пациентов использовалась только ЧПЭКС.

Результаты. В первой группе восстановление синусового ритма наблюдалось в 90% случаев, а во второй — только в 64% случаев (p<0,05). С точки зрения безопасности кардиоверсии — в обеих группах нежелательных нарушений ритма и проводимости сердца, а также других осложнений не отмечалось.

Патогенетической основой использования нами амиодарона при проведении ЧПЭКС являлось удлинение под его влиянием потенциала действия за счёт, преимущественно, рефрактерного периода. Это, в свою очередь, увеличивало ширину «окна» (расстояние между началом и хвостом re-entry) и, по-видимому, повышало вероятность попадания электрического разряда в это «окно» и прерывания циркуляции волны возбуждения.

Выводы.

1. Внутривенное струйное введение амиодарона непосредственно перед проведением чреспищеводной кардиостимуляции при лечении трепетания предсердий I типа у больных на фоне ишемической болезни сердца значительно повышает эффективность данного метода кардиоверсии.

2. Предлагаемый метод восстановления синусового ритма не увеличивает риск возникновения нежелательных осложнений в ходе проведения кардиоверсии.

0584

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИКАГРЕЛОРА ПРИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST

Починка И.Г., Пиманкина М.С., Седов В.В.

ГБОУ ВПО НижГМА МЗ РФ, Нижний Новгород

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность блокатора рецепторов P2Y12 тикагрелора в составе двойной антитромбоцитарной терапии у больных инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST при проведении системной тромболитической терапии (ТЛТ).

Материалы и методы: включено 24 больных с инфарктом миокарда с элевацией ST, подвергнутых госпитальной ТЛТ альтеплазой в дозе 100 мг. Пациенты были разделены на две группы методом простой рандомизации: пациенты основной группы (12 больных) получали тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг, затем по 90 мг 2 раза в день в сочетании с ацетилсалициловой кислотой в нагрузочной дозе 250 мг, затем 125 мг 1 раз в сутки. Пациенты контрольной группы (12 больных) получали клопидогрель в нагрузочной дозе 300 мг, затем 75 мг 1 раз в день в сочетании с ацетилсалициловой кислотой в тех же дозах. По логистическим причинам пациенты обеих групп не подвергались интервенционным методам обследования и лечения. Группы не имели отличий по возрасту пациентов; по доле больных, перенесших инфаркт миокарда ранее; по доле пациентов, страдающих сахарным диабетом; по медиане времени от момента начала ангинозных болей до проведения ТЛТ (медиана составила 3 часа). В ходе наблюдения оценивались: госпитальная летальность, эффективность ТЛТ по ЭКГ-критериям, геморрагические осложнения, осложнения инфаркта миокарда.

Результаты: в группе тикагрелора летальных исходов не было, в группе клопидогреля 1 пациент скончался (p=0,3, здесь и далее — двухсторонний метод Фишера). Кровотечений в обеих группах выявлено не было. В группе тикагрелора у 5 больных имелись ранняя постинфарктная стенокардия и / или рецидив инфаркта миокарда (42 %), в группе клопидогреля — у 4 больных (33%), p=0,6. В группе тикагрелора острая левожелудочковая недостаточность зафиксирована в 3 случаях (25%), в группе клопидогреля — в 2 случаях (16,7%), p=0,6; кардиогенный шок — у 2 больных каждой группы (17 %); желудочковые нарушения ритма — у 8 (67%) и 5 больных (42%) соответственно, p=0,2. Эффективная реперфузия по ЭКГ-критериям достигнута у 7 пациентов каждой группы (58%), p=1,0.

Выводы: эффективность и безопасность тикагрелора в составе двойной антитромбоцитарной поддержки тромболитической терапии при инфаркте миокарда с элевацией ST не уступает стандартному лечению клопидогрелем.

0585

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ РАЗЛИЧНЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Праскурничий Е.А., Праскурничая Н.А.

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва, Россия; ФГУ Поликлиника №5 Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Цель. Сравнительная оценка влияния антагониста кальция амлодипина, ингибитора ангиотензинпревращающего фермента лизиноприла, β-адреноблокатора метопролола и агониста I1-имидазолиновых рецепторов моксонидина на вариабельность артериального давления у больных с метаболическим синдромом.

Методы исследования. В исследование включено 82 пациента с метаболическим синдромом, диагностированным в соответствии с диагностическими критериями ВНОК (2009 г.), и артериальной гипертензией 1 степени. Больные были рандомизированы в группы терапии: амлодипином (n = 22), лизиноприлом (n = 20), метопрололом (n = 20) и моксонидином (n = 20). Измерение офисного артериального давления (АД) и суточное мониторирование АД (СМАД) проводили после двухнедельного контрольного периода и в конце 12 недели терапии. Кроме того, были рассчитаны и проанализированы параметры вариабельности сердечного ритма, такие как SDNN, pNN50%, RMSSD, TP и LF/HF.

Результаты. Влияние исследуемых препаратов как на офисное АД, так и на ряд показателей СМАД (среднесуточное и среднедневное систолическое АД) у пациентов с метаболическим синдромом оказалось сопоставимым. Достоверное снижение средненочного систолического АД, а также среднесуточного, среднедневного и средненочного диастолического АД отмечено только на фоне лечения амлодипином и лизиноприлом. Уменьшение вариабельности систолического и диастолического АД по данным СМАД наблюдалось на фоне каждого препарата, за исключением моксонидина. Вариабельность систолического и диастолического АД снизилась на 19,7% и 15,0%, соответственно, в группе амлодипина, на 16,4% и 21,3% — в группе лизиноприла, на 22,7% и 17,6% — в группе метопролола. Терапия метопрололом была связана с наиболее благоприятной динамикой параметров вариабельности ритма сердца: SDNN, pNN50%, RMSSD и TR увеличились, а соотношение LF / HF снизилось. Лизиноприл вызывал только увеличение SDNN, pNN50%, RMSSD и TR. Амлодипин не вызывал достоверных изменений вариабельности сердечного ритма. Моксонидин уменьшал значения RMSSD и TR.

Выводы. У пациентов с метаболическим синдромом снижение вариабельности АД ассоциировано с использованием антигипертензивных препаратов, которые не снижают вариабельности сердечного ритма.

0586

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ПРИОБРЕТЁННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Семенова Е.А., Кутюрин Г.В.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Цель: оценить влияние терапии ундеканоатом тестостерона на качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 132 мужчины в возрасте 35-60 лет с ХСН, развившейся вследствие ИБС и гипертонической болезни. Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН (2010). Уровень тестостерона определяли иммуноферментным методом с помощью биохимического анализатора ПИКОН (Россия). Андрогенодефицит диагностировался в соответствии с международными рекомендациями ISA, ISSAM и EAU (2006). Статистическая обработка данных производилась с помощью программы STATISTICA version 6.0. Все обследованные по уровню тестостерона были разделены на 2 группы: с наличием андрогенодефицита (87 больных, 65,9%) и его отсутствием (45 человек, 34,1%). Пациентов с андрогенным дефицитом рандомизировали в 2 группы: основную, пациенты которой в дополнение к стандартной терапии ХСН получали ундеканоат тестостерона (препарат Андриол) в суточной дозе 80 мг, и группу сравнения (только общепринятая терапия ХСН). Исследование качества жизни (КЖ) проводили с помощью Миннесотского опросника (Rector T., Cohn J., 1992) на начальном этапе и через 3 мес после начала терапии.

Результаты. У больных без андрогенодефицита средний показатель КЖ составил 52±4,6 балла. При этом собственные оценки пациентами своего физического состояния, возможности переносить нагрузки были снижены незначительно, а 3 пациента считали себя практически здоровыми в физическом плане. Также пациенты без адрогенодефицита расценивали своё эмоциональное состояние как близкое к нормальному, без ощущения себя обузой для близких, излишней тревожности и сильного беспокойства за будущее. Среди пациентов с дефицитом тестостерона средний балл опросника был значимо выше — 70±7,3 ($p<0,001$), что означает наличие большего количества проблем, связанных со здоровьем. Все пациенты считали себя физически ослабленными. Отмечено значительное ухудшение эмоционального состояния с ощущением себя обузой для близких и беспомощностью. Через 3 мес в основной группе средний балл КЖ уменьшился с 70±7,3 до 48±3,5 баллов ($p<0,001$). При этом все пациенты отмечали увеличение толерантности к физической нагрузке, у большинства (82%) заметно улучшилось эмоциональное состояние, уменьшилось состояние тревожности. В группе сравнения не произошло значимых изменений в оценке своего заболевания, физической активности и эмоционального состояния.

Выводы. Состояние приобретённого андрогенодефицита ухудшает качество жизни мужчин, страдающих ХСН. Коррекция андрогенного статуса пациентов с помощью заместительной гормональной терапии оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов.

0587

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА

Провоторов В.М., Ульянова М.И., Ромашов Б.Б., Зайцева Т.И.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования. Оценить особенности клиники, проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН) при анемии у больных с хронической обструктивной болезнью легких.

Методы исследования. Были обследованы 62 пациента с установленным диагнозом ХОБЛ II-III степени в периоде обострения. Диагноз ХОБЛ с оценкой степени тяжести верифицировали в соответствии с рекомендациями GOLD 2011. Диагноз ХСН устанавливали на основании Российских национальных рекомендаций ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН, 2 пересмотр, 2006 год.Для количественной оценки степени тяжести одышки использовали шкалу MRC.Исследовали параметры центральной гемодинамики, функциональное состояние миокарда по данным ЭХОКГ.Для диагностики анемии определяли параметры гемограммы,сывороточного железа, ферритина, трансферрина, общей железосвязывающей способности сыворотки крови. Всем пациентам проведена ЭФГДС.

Результаты исследования. Длительность ХОБЛ у мужчин и женщин в среднем не отличалась и составляла 13± 5,1 лет. При этом анемия диагностирована у 18 больных ХОБЛ (29%). Анемия была нормоцитарный, гипохромный у 11 больных (61,1%) и у 7 (38,9%) больных -нормоцитарной, нормохромной, с нормальным числом ретикулоцитов.Систолическая дисфункции левого желудочка (СД ЛЖ)(ФВ ‹ 45 %) на фоне анемического синдрома была диагностирована у 7 пациентов (40,1 %).СД ЛЖ у больных ХОБЛ без проявлений анемии выявлена у19,2% пациентов.Хроническая сердечная недостаточность на фоне анемии диагностирована у 5 больных (20,7 %), при этом в группе больных ХОБЛ без анемического синдрома ХСН подтверждена у 22,6%.

Выводы.Встречаемость анемии у больных ХОБЛ составляет 29%. Анемия по морфологии эритроцитов и по степени насыщения железом у большинства пациентов нормоцитарная и гипохромная. Наличие анемии значительно ухудшает состояние пациентов, что подтверждается высокой частотой верификации систолической дисфункции левого желудочка (40,1%) и диагностики синдрома хронической сердечной недостаточности (20,7%)в когорте пациентов с ХОБЛ.Функциональные изменения миокарда могут быть обусловлены кардиоваскулярным ремоделированием, вследствие комбинации ишемических причин гемического и циркуляторного генеза. Анемия у больных ХОБЛ может быть расценена в качестве фактора кардиоваскулярного риска.

0588

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИЗИСА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Прожога М.Г., Хохлунов С.М., Косицына Г.В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер. Самара Россия

В лечении острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST(ОКСпST) необходимо восстановление проходимости инфарктсвязанной артерии (ИСА), то есть реперфузионная терапия. Тромболитическая терапия (ТЛТ) представляется более доступным и легко выполнимым методом проведения реперфузии. Самым удобным для использования на догоспитальном этапе в настоящее время является препарат тенектеплаза (ТНП).

Цельисследования: оценка эффективности догоспитальнойтромболитической терапии препаратом тенектеплазой при ОКСпST.

Материалы и методы.Обследовано 145 человек. Всем больным проведена ТЛТ на догоспитальном этапе, препарат ТНП введен внутривенно болюсно в дозе, расчитанной по массе тела больного: 6-10 тысяч Единиц. Показанием для применения ТНП были клинические и электрокардиографические признаки ОКСпST. Для оценки эффективности восстановления проходимости коронарных артерий через 3 часа после проведения ТЛТ регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ).ТЛТ признавалась эффективной на основании снижения сегмента ST на ЭКГ на 50% и более в наиболее информативном отведении.

Результаты. Средний возраст больных составил 57 лет. Мужчин 124 человека (85%) (средний возраст 55 лет), женщин 21(средний возраст 65 лет). Локализация поражения по данным ЭКГ была следующая: передняя у 57 человек (39%), нижняя у 78 (54%), другая у 10 (7%).Среднее время от возникновения болевого синдрома

до проведения тромболизиса (интервал времени «симптом-игла») составил 132 минуты. В интервале времени «симптом-игла»до 2 часов ТЛТ проведена у 96 человек (66%), 43 человека получили лечение в течении первого часа (30%).Эффективнуюреперфузию по данным динамики ЭКГ выявили у 47 человек (32,4%). У оставшихся 98 пациентов (67,6%) не отмечено снижения сегмента ST после проведения ТЛТ.

В группе I (43 человека, ТЛТ в течение первого часа от начала симптомов ОКС) эффективнаяреперфузия выявлена у 25 человек (58% больных). При увеличении времени до 1-2 часов (группа II, 53 человека) ТЛТ эффективна только у 13 человек (25%). Результаты ТЛТ достоверно ухудшаются (относительный риск (ОР) 1,8 при доверительном интервале (ДИ) от 1,45 до 4,35, повышение относительного риска (ПОР) 80%, отношение шансов (ОШ) 4,27, p<0.05).При еще большем увеличении времени до проведения ТЛТ различия возрастают. В группе III (24 человека, ТЛТ в интервале времени от 2 до 3-х часов) реперфузияэффективна у 5 человек (21%): ОР 1,89 при ДИ 1,5-4,5, ПОР 89%, ОШ 5,28, p<0.05. В группе IV (25 человек, ТЛТ по времени более 3-х часов от начала болей) реперфузиядостигнута у 5 человек (21%): ОР 2,01, ПОР 101%, ОШ 7,29, p<0.05.

Выводы. Полученные нами данные показывают высокую эффективность проведения догоспитальноготромболизисатенектеплазой в течении первого часа от возникновения симптомов заболевания. При увеличении времени до начала лечения эффективность снижается и для восстановления коронарной проходимости потребуются дополнительные меры реперфузионной терапии. Препарат удобен в работе и оптимален при использовании на догоспитальном этапе.

0589

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Протасов К.В.,[1] Федоришина О.В.,[1] Сватков М.Ю.,[1] Антоненко Н.Б.,[2] Боронова В.Б.,[2] Зернова С.А.[2]

[1]ГБОУ ДПО ИГМАПО, Иркутск, Россия

[2]НУЗ «ДКБ на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД»

Цель. Изучить темпы и степень снижения артериального давления (АД), а также особенности лекарственной гипотензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на стационарном этапе лечения.

Методы. В исследование включено 100 госпитализированных пациентов с кризовым и неконтролируемым течением АГ, 74 женщины и 26 мужчин (средний возраст 66,5 ± 12,7 лет). Изучали уровень АД при поступлении и его динамику во взаимосвязи с факторами риска неблагоприятного прогноза и тяжестью АГ. Учитывали данные клинического АД, измеренного дважды в день в утренние и вечерние часы. Анализировали объем лекарственной терапии и ее безопасность.

Результаты. При поступлении в стационар уровень систолического АД (САД) был 174,4 ± 16,2 мм рт. ст., диастолического АД — 97,2 ± 8,4 мм рт. ст. АГ 2 степени установлена у 21% пациентов, 3 степени — у 79%, 1 стадии — у 16%, 2 — у 15%, 3 — у 69%. К моменту выписки среднее АД составило 127,8±9,1 мм рт. ст., а средняя степень снижения АД за периодгоспитализации –42,9±19,7 мм рт. ст. от исходного (-14 %) За время лечения 89% достигли целевого уровня АД <140/90 мм рт. ст. Снижение АД на 20 мм рт. ст. и более от среднего АД за 1-3 сутки выявлено к 12 дню госпитализации у 61,2% пациентов, к 15 дню — у 75,9%. Анализ динамики АД показал, что АД достоверно лучше снижалось у женщин, нежели у мужчин- к 3 дню госпитализации до 151,9±13,7/84,7±6,9 и 160,1±11,9/ 91,6±7,0 мм рт. ст соответственно, p<0,05, к 6 дню — до 140,1±15,3/ 79,2±8,7 и 146,7±13,6/ 85,8±6,3 мм рт. ст, соответственно, p<0,05. Степень снижения САД (%) к 13-15 дням госпитализации коррелировала с возрастом (R=-0,34, p=0,01), стадией АГ (R=-0,33, p=0,016) и риском ССО (R=-0,30, p=0,03). При назначении антигипертензивных препаратов в большинстве случаев использовались 3-х (37%) и 4-х компонентные (43%) схемы лечения,преимущественно, комбинации БРА+АКК+Д (9%), БРА+АКК+БАБ+Д (21%) и ИАПФ+АКК+БАБ+Д (20%). Уровни АД, соответствующие критерию избыточного снижения АД (САД≤110 мм рт. ст., ДАД≤70 мм рт. ст.) к концу первых суток лечения были зафиксированы у 31,6% пациентов. В дальнейшем этот показатель нарастал, достигая 61,8% к 11 дню.

Выводы. На стационарном этапе контроль АГ былдостигнут у 89% пациентов. Эффект лечения по выраженности степени снижения АД увеличивается у женщин, но ослабляется с увеличением возраста пациентов, тяжести АГ и сердечно-сосудистого риска. В условиях стационара в подавляющем большинстве случаев (80 %) используются многокомпонентные схемы лечения АГ. Это сопровождается частыми нежелательными эпизодами избыточного снижения АД (от 30,5% до 61,8%). На фоне лечения треть пациентов при вечернем измерении АД имеют избыточные гипотензивные реакции, при увеличении койко-дня этот показатель неуклонно нарастает.

0590

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА МОНГОЛИИ

Мягмарсурен Т., Протасов К.В.

ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздрава России, Иркутск, Россия

Цель: изучить распространенность и клинические особенности артериальной гипертензии (АГ) среди работников железнодорожного транспорта Монголии.

Методы исследования. Обследованы 1277 железнодорожных служащих Улан-Баторской железной дороги, в том числе члены локомотивных бригад, в возрасте от 18 до 63 лет. Исследование включало анкетирование, антропометрию, измерение офисного АД, оценку частоты встречаемости и выраженности основных факторов кардиометаболического риска (дислипидемии, курения, ожирения, дисгликемии), а также определение степени физического развития. В изучаемой выборке определяли распространенность АГ, уровень осведомленности анкетируемых о наличии у них АГ, частоту использования лекарственной антигипертензивной терапии и достижения целевого АД. Оценивали взаимосвязи АГ с полом, возрастом, антропометрическими данными, уровнем физического развития, статусом курения, показателями липидного и углеводного обмена.

Результаты. Распространенность АГ в целом составила 47,6[44,8-50,4]%, у мужчин — 49,3[45,5-53,0]%, у женщин — 45,4[41,0-49,8]% ($p\chi^2>0,05$). Осведомленность о наличии АГ равнялась 81,7%, лекарственное лечение получали 51,7% больных, у 21,9% из числа получающих лечение достигнут целевой уровень АД. Пациенты с АГ, по сравнению с лицами без АГ, были старше. У них достоверно чаще обнаруживалось ожирение, в том числе абдоминальное, признаки дислипидемии и нарушения углеводного обмена, включая сахарный диабет 2 типа, ниже была степень физического развития. Посредством логистического регрессионного анализа выявлены независимые признаки, ассоциированные с АГ. Ими явились возраст, объем талии, индекс массы тела и степень физического развития. У машинистов локомотивов (n=176) распространенность АГ была 63,5 [57,7-72,9]% и в подгруппе 40-49 лет оказалась более высокой, чем у лиц других железнодорожных специальностей.

Выводы. Впервые среди работников железнодорожного транспорта Монголии исследована распространенность АГ, которая составила 47,6%. Особенностями АГ в изученной популяции явились большая распространенность у мужчин, по сравнению с женщинами, низкий уровень достижения целевого АД. Возраст, объем талии, индекс массы тела и степень физического развития наиболее тесно ассоциированны с наличием АГ. У работников локомотивных бригад частота обнаружен ия АГ была выше и составила 63,5%.

0591

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СТЕНКИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Прошина Л.Г.,[1] Губская П.М.,[1] Рубанова М.П.,[1] Жмайлова С.В.,[1] Карев В.Е.,[2] Румянцев Е.Е.,[1] Атаев И.А.[1]

[1]ГБОУ ВПО Новгородский государственный университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

[2]ФГБУ НИИ Детских инфекций ФМБА России, Санкт-Петербург. Россия

Цель исследования: исследовать изменения внеклеточного пространства в средней оболочке бедренной артерии при хроническом адренергическом и холинергическом стрессе в эксперименте.

Материалы и методы исследования: в I серии — модель хронического адренергического стресса (АС), — 20 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг; во II серии — модель хронического холинергического стресса (ХС), — 20 крысам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг; в III серии — модель хронического смешанного стресса — 20 крысам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводились адреналин 50 мкг/кг и прозерин 20 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов и через 1 месяц после отмены препаратов, под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Контрольную группу составили 20 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессорным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с

помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 9 полях зрения в медии бедренной артерии у каждой крысы во всех сериях эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) объема внеклеточного пространства (ВКП). Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов — критерий Фридмана — Кендалла.

Результаты исследования: объем ВКП через 2 недели введения адреналина был значительно увеличен в интима-медиа бедренной артерии по сравнению с контролем: 20,1 об.% и 15,6 об.%, соответственно (χ^2=5,121, p=0,023). Через 1 месяц после хронического АС объем ВКП оставался высоким (21,4 об.% по сравнению с 15,6 об.% в контроле,χ^2=8,333, p=0,0004). То есть, даже через 1 месяц после хронического стресса в медии бедренной артерии наблюдалось значительное увеличение плотности ВКП. Создается впечатление, что под влиянием хронического АС в медии возникает «хронический отек», выраженные нарушения микроциркуляции и жидкостного обмена, что безусловно будет способствовать дальнейшему прогрессированию ремоделирования стенки бедренной артерии, дистрофии гладкомышечных клеток медии, дезорганизации пучков коллагеновых волокон и эластических мембран медии. При ХС ситуация аналогична и плотность ВКП как через 2 недели хронического ХС, так и через 1 месяц была практически равна плотности при хроническом АС. При хроническом смешанном стрессе (адренергический + холинергический) также отмечалась повышенная плотность ВКП в контрольных точках 2 недели и 1 месяц после хронического стресса. Таким образом: ВКП средней оболочки бедренной артерии значительно изменяются при всех 3 видах хронического стресса — АС, ХС, смешанном стрессе. Выраженные изменения сохраняются и через 1 месяц после всех трех вариантов хронического стресса: плотность ВКП остается значительно увеличенной.

0592

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ ИБС С АГ

Пурыгина М.А., Агеенкова О.А., Зиновьева О.В., Парфёненкова И.В., Романова Е.В., Кохонова О.П.

ГБОУ ВПО СГМА Министерства здравоохранения РФ, Смоленск

ОГБУЗ СОКБ, Смоленск

Цель исследования: изучить возрастные влияния на показатели суточного мониторирования АД и динамику показателей жесткости сосудистой стенки у пациентов ИБС с АГ.

Материалы и методы: обследовано 403 пациента (293 мужчин и 110 женщин) с ИБС (СН II-III ФК, ПИКС) с АГ (II-III степени), средний возраст — 56,1±7,2 лет. Пациенты были разделены на две возрастные группы: 1 группа (n=185) от 45 до 55 лет, 2 группа (n=218) — 55-70 лет. Пациентам проводили оценку показателей СМАД (BPLab ООО «Петр Телегин»), объемной сфигмографии (VaSera-1000, Япония). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение: при увеличении возраста достоверно увеличиваются САД (p<0012), ПАД (p<0,000), ср.АД (p<0,023). Патологические профили АД, среди которых преобладает отсутствие ночного снижения АД («Non-dipper»), зарегистрированы у 43,7% пациентов 1 группы и 50,5% в группе АГ без ИБС. С увеличением возраста достоверно увеличивается СРПВ по сосудам эластического и мышечного типа и индекс жесткости CAVI. По данным линейного регрессионного анализа, увеличение возраста на 1 год в группе пациентов ИБС и АГ, приводит к повышению САД п. (л.). р. на 0,4 мм рт. ст. (САД п. р. = 122,2322 + 0,3663 * возраст (САД л. р. = 120,2029 + 0,3717 * возраст)), ПАД п. (л.) р. на 0,42 (0,48) мм рт. ст. (ПАД п. р.= 26,3824 + 0,0421 * возраст, ПАД л. р. = 25,2368 + 0,4807 * возраст), ср. АД п. (л.) р. на 0,24 (0,19) мм рт. ст. (ср. АД п. р. = 96,9703 + 0,249 * возраст, ср. АД л.р. = 98,7027 + 0,1919 * возраст). Так СРПВ по сосудам мышечного типа выявила прямую слабую корреляционную взаимосвязь с возрастом (B-PWV = 6,9952 + 0,0217* возраст, r =0,12, p= 0,014; LB-PWV = 7,3129+0,028* возраст, r= 0,11, p= 0,022). СРПВ по сосудам эластического типа с возрастом сильную корреляционную взаимосвязь (R — PWV = 9,87 + 0,0886 * возраст, r = 0,29, p = 0,000; L — PWV = 9,5905 + 0,0901 * возраст, r = 0,23, p = 0,000). Установлена прямая умеренная связь показателей жесткости CAVI с возрастом. Так коэффициент корреляции R-CAVI составил r =0,182, p=0,000, L-CAVI — r = 0,23, p=0,000, а R-kCAVI выявил прямую умеренную взаимосвязь (r=0,17, p=0,001).

Заключение: с возрастом у пациентов ИБС с АГ происходит не только увеличение САД, ПАД, ср.АД и изменение суточного профиля АД, но и изменение СРПВ преимущественно по сосудам эластического типа и жесткости сосудистой стенки.

0593

ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ВЛИЯНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ АППЛАНАЦИОННОЙ ТОНОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ ИБС С АГ

Пурыгина М.А., Агеенкова О.А., Зиновьева О.В., Парфёненкова И.В., Кохонова О.П., Романова Е.В.

ГБОУ ВПО СГМА Министерства здравоохранения РФ, Смоленск

ОГБУЗ СОКБ, Смоленск

Цель исследования: изучить гендерные и возрастные влияния на динамику показателей аппланационной тонометрии у пациентов ИБС с АГ.

Материалы и методы: обследовано 246 пациента (66 мужчин и 180 женщин) ИБС (СН II-III ФК, ПИКС) с АГ (II-III степени), средний возраст — 56,1±7,0 лет. Пациенты были разделены на две возрастные группы: 1 группа (n=118) от 45 до 55 лет, 2 группа (n=128) — 55-70 лет. Контурный анализ пульсовой волны проводился с помощью прибора SphygmoCor (AtCorMedical, Австралия) для анализа показателей гемодинамики. Регистрация пульсовой волны на лучевой артерии осуществлялась методом аппланационной тонометрии. Центральная пульсовая волна в аорте рассчитывалась автоматически программным обеспечением прибора с использованием обратной генерализованной функции преобразования. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение: с возрастом выявлено достоверное увеличение периферического и центрального САД (p<0,000), ПАД (p<0,000), а также центрального давления аугментации. Периферическое и центральное ДАД (p<0,003), достоверно снижается с увеличением возраста. По данным линейного регрессионного анализа, увеличение возраста на 1 год в группе пациентов ИБС с АГ, приводит к повышению периферического САД на 0,6 мм рт. ст.P_SP = 100,7944+0,5897* возраст, центральное САД на 0,6 мм рт. ст. C_SP = 91,286+0,5503* возраст. Центральная аугментация увеличивалась на 0,5 мм рт. ст. C_AGPH = -8,1247+0,5286* возраст, периферическое пульсовое АД увеличивается на 0,8 мм рт. ст. P_PP = 5,2183+0,7936* возраст, центральное пульсовое АД на C_PP = -4,9072+0,7499* возраст. Анализ зависимости показателей аппланационной тонометрии не продемонстрировал достоверных различий в зависимости от пола. Однако, периферические и центральные показатели АД у мужчин несколько выше: P_SP, мм рт. ст. (136,2±18,6 (м) /133,0±21,7 (ж); p<0,297), P_PP, мм рт. ст. 51,9±15,7(м) /48,9±16,6(ж); p<0,194), P_AI, мм рт. ст. (87,2±19,0 (м)/ 83,7±15,3 (ж); p< 0,180), C_AGPH, мм рт. ст. (23,7±14,6 (м)/ 20,7±14,2 (ж); p< 0,147), C_SP, мм рт. ст. (124,6±17,3 (м)/121,2±21,2 (ж); p< 0,255), C_PP, мм рт. ст. (39,8±13,8 (м)/36,1 (ж) ±15,1; p<0,086).

Заключение: аппланационная тонометрия с проведением контурного анализа пульсовой волны и определением центрального давления позволяет выявить факторы повышения АД у больных ИБС с АГ.

0594

ДИАГНОСТИКА ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пустотина З.М., Дурова О. А., Юнусова Д. Ш., Юнусов И. Ш.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Цель: оценить качество диагностики дислипидемий и их особенности у пациентов с аутоиммунными заболеваниями.

Материалы и методы: Ретроспективно проанализировано 267 историй болезни пациентов (181 женщина в возрасте 40±10,1 лет и 86 мужчин в возрасте 42±15,1 лет) проходивших лечение в Краевой клинической больнице с диагнозами: хронический гломерулонефрит (97 человек), ревматоидный артрит (106 человек), системная красная волчанка (20 человек), болезнь Бехтерева (37 человек), аутоиммунный тиреоидит (7 человек). Выделены возрастные группы до 40 лет — 125 человек, старше 40 лет — 142 человека. Оценивалась частота исследования липидного спектра, особенности выявляемых дислипидемий и липиднижающей терапии. Учитывалось наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Biostat 3.0 с применением критерия соответствия (хи-квадрат χ^2).

Результаты: У пациентов с хроническим гломерулонефритом липидный спектр был исследован у 89,7% (87 человек), дислипидемии выявлены у 46% (40 человек), из них липиднижающая терапия была назначена у 50%

(20 человек). Частота определения липидного спектра в разных возрастных группах была одинаковой, в группе пациентов старше 40 лет дислипидемии выявлялись чаще — 62,5% (25 человек), однако у молодых пациентов моложе 40 лет отмечена также высокая частота дислипидемий — 37,5% (15 человек). При ревматоидном артрите липидный спектр определялся в 4 раза реже — у 24,5% пациентов (26 человек), дислипидемии выявлены также у 46% (12 человек), из них только у 8,3% (1человек) назначена липиднижающая терапия (p<0,05). При системной красной волчанке (СКВ) контроль липидограммы проведен у 40% (8 человек), дислипидемия выявлена у 12,5% (1 человек). При болезни Бехтерева частота обследования на дислипидемию самая низкая — 10,8% (4 человека), из них дислипидемия выявлена у 25% (1 человек) (p<0,05). У пациентов с аутоиммунным тиреоидитом липидный спектр исследовали у 85,7% (6 человек), дислипидемия выявлена только у 16,6% (1 человек). Отмечено, что у пациентов, которым не определялся липидный спектр, выявлены 1 и более факторов риска ССЗ: при хроническом гломерулонефрите у 90% (9чел.), при ревматоидном артрите у 70% (56 чел.), при СКВ у 33,3 % (4 чел.), при болезни Бехтерева у 60% (17 чел.). По данным липидного спектра у больных с хроническим гломерулонефритом наиболее часто встречалось увеличение триглицеридов (ТГ) и общего холестерина (ОХС) — у 32,5% (13 чел.), изолированное повышение ОХС — 25% (10 чел.), гипертриглицеридемия — 15% (6 человек), повышение ОХС и ЛПНП — у 10% (4чел.), все атерогенные фракции повышены у 17,5% (7человек). При ревматоидном артрите у 41,6% (5 чел.) выявлено увеличение ОХС, у 25% (3 чел) повышение ТГ и ОХС и у 25% повышение всех атерогенных фракций, только у 8% (1 человек) — гипертриглицеридемия (p=0,569).

Выводы: Таким образом, при аутоиммунных заболеваниях только у пациентов с хроническим гломерулонефритом выявлен высокий уровень диагностики и лечения дислипидемий. Недостаточный контроль липидного спектра был у больных с ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева и СКВ. Высокая частота исследования и низкий уровень дислипидемии отмечен при аутоиммунном тиреоидите. Пациентам с аутоиммунными заболеваниями рекомендуется более тщательный контроль липидного спектра независимо от возраста, особенно при наличии факторов риска ССЗ.

0595

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Пустотина З.М., Ларёва Н.В., Жилина А.А., Сергеева Л.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Цель: изучить особенности липидного спектра и влияние на него заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у женщин с хирургической менопаузой.

Материалы и методы: В исследование включены 99 женщин в состоянии хирургической менопаузы: 1-я группа 31 женщина (46,1±3,1лет) после билатеральной овариоэктомии, 2-я — 22 пациентки (46,0±3,6лет), принимающие ЗГТ. Критерии исключения: заболевания сердца, гипертоническая болезнь до операции, эндокринологические заболевания, тяжелая сопутствующая соматическая патология, липиднижающая терапия. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин в возрасте 46±3,6лет с сохраненной менструальной функцией. Липидный спектр исследовался методом тонкослойной хроматографии. Оценивались уровень общего холестерина (ОХС) и его фракции: холестерин липопротеиды низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеиды очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерин липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ «Statistica 6.0». Статистически значимыми считали значения p<0,05.

Результаты: В нашем исследовании повышение уровня общего холестерина и различные сдвиги в показателях липидного спектра были выявлены у 69 больных (69,7%), при этом в группе пациенток, принимающих ЗГТ, нарушения липидного спектра встречались только у 5 человек (23,8%) (p<0,05). У женщин с хирургической менопаузой показатели общего холестерина в 1,5 раза выше, чем в группе контроля, и в 1,4 раза выше, чем у пациенток, принимающих ЗГТ (p<0,05). Уровень фракции ХС ЛПНП в 1,3 раза выше у оперированных женщин без ЗГТ. В группе с ЗГТ данный показатель сопоставим с группой контроля и, соответственно, в 1,3 раза ниже, чем у пациенток 1-й группы (p<0,05). Фракция ХС ЛПОНП у женщин с постовариоэктомическим синдромом в 1,4 раза выше, чем в группе контроля и во 2-ой группе (p<0,05). Достоверных различий в уровне ХС ЛПВП не выявлено. Уровень триглицеридов у оперированных женщин без ЗГТ в 1,3 раза выше, при наличии ЗГТ показатели сопоставимы с группой контроля.

Выводы: Установлено, что уровень общего холестерина, холестерина ЛПНП и ЛПОНП, триглицеридов значимо выше у женщин с хирургическим климаксом в сравнении с показателями как у группы контроля, так и у женщин, принимающих ЗГТ. ЗГТ способствует нормализации показателей липидограммы.

0596

ВЫСОКАЯ ОСТАТОЧНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ У БОЛЬНЫХ ИБС ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Пучиньян Н.Ф., Долотовская П.В., Довгалевский Я.П., Фурман Н.В.

ФГБУ «Саратовский НИИ кардиологии» Минздрава России, Россия, Саратов

Цель исследования: оценить частоту резистентности к антиагрегантной терапии клопидогрелем у пациентов, готовящихся к проведению чрезкожного коронарного вмешательства.

Материалы и методы: в исследование были включены 120 пациентов (30 женщин (25%) и 90 мужчин (75%)), которым было запланировано проведение чрезкожной коронарной ангиопластики. У 69 (57,5%) пациентов в анамнезе были перенесенные инфаркты миокарда. Средний возраст обследованных составил 54,9±9 лет. 39 пациентам планировалось проведение первичной ангиопластики в ходе госпитализации по поводу ОКС. 81 пациент были подготовлены к проведению плановой процедуры ЧТБКА по поводу гемодинамически значимого атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Всем пациентам проводилась терапия согласно международным и национальным рекомендациям. Всем пациентам назначался клопидогрель (300 мг нагрузочная доза, затем 75 мг\сутки). Всем пациентам, включаемым в исследование, проводилось стандартное клиническое обследование. У всех включаемых лиц за 48 часов до проведения вмешательства брались образцы крови для оценки эффективности терапии клопидогрелем. Оценка эффективности терапии клопидогрелем проводилась с помощью системы Verify-Now P2Y12. Резистентность к клопидогрелю определялось как сохранение высокой реактивности тромбоцитов (PRU≥235) на фоне терапии клопидогрелем. У пациентов с выявленной резистентностью к клопидогрелю выполнялся повторная оценка эффективности терапии клопидогрелем.

Операции ЧТБКА выполнялись в условиях лаборатории инвазивной кардиологии СарНИИК.

Результаты: у 26 пациентов (21,6%) была выявлена высокая реактивность тромбоцитов на фоне терапии клопидогрелем. В целях снижения риска возможных атеротромботических осложнений в периоперационный период, пациентам с выявленной резистентностью к клопидогрелю за 24 часа до процедуры повторно назначалась удвоенная нагрузочная доза клопидогреля (600 мг однократно). При проведении повторного анализа функциональной активности тромбоцитов выявлено снижение количества пациентов с сохраняющейся повышенной реактивностью тромбоцитов до 18 (15%) человек.

Всего за период наблюдения было зарегистрировано 1 (0,75%) повторный инфаркт миокарда, 2 (1,5%) эпизодов стенокардии. Случаев клинически значимых кровотечений не наблюдалось.

Выводы: у 21,6% пациентов, получающих антиагрегантную терапию клопидогрелем в стандартной дозе, выявляется недостаточное ингибирование функции тромбоцитов. Удвоение дозы клопидогреля позволяет преодолеть высокую реактивность тромбоцитов у 30% пациентов, с первично выявленной резистеностью к клопидогрелю.

0597

АССОЦИАЦИЯ МАКРОАНГИОПАТИЙ С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Пушкарева С.В.,[1,2] Чумакова Г.А.,[2,3] Леонова Н.В.[1]

[1]КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

[2]ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

[3]ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул, Россия

Цель: изучение ассоциации кардиометаболических факторов риска (ФР) с макроангиопатиями у пациентов с сахарным диабетом типа 2 (СД 2).

Материал и методы исследования: в исследование включены пациенты СД 2, входящие в регистр сахарного диабета Алтайского края за 2011 год. Изучена распространенность стенокардии (Ст), атеросклероза артерий нижних конечностей (ААНК), инфаркта миокарда (ИМ) в текущем году и инсульта (Ин) в текущем году. При исследовании ассоциации осложнений СД 2 с кардиометаболическими ФР сравнивалась распростра-

ненность ФР в группе пациентов, не имеющих данные осложнения [группа 1 (контроля)] и в группа с вышеперечисленными макроангиопатиями [группа 2 (сравнения)]. Изучены следующие ФР: возраст, пол, длительность СД до 10 лет и более 10 лет, наличие артериальной гипертензии (АГ) и длительность АГ до и более 10 лет, наличие ожирения (Ож), курение (К), гиперхолестеринемия (ГХС). Набор ФР ограничивался возможностями регистра СД. Проводился логистический регрессионный анализ полученных данных с расчетом отношения шансов (ОШ). Достоверность проверялась с помощью таблиц сопряжённости с использованием непараметрического критерия χ^2–квадрат по Пирсону. Результат считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты: статистически значимо ($p < 0,001$) среди пациентов СД 2 с мужским полом ассоциировались Ст (ОШ 1,4), ИМ (ОШ 2,1), Ин (ОШ 1,4) и ААНК (ОШ 1,1); с возрастом мужчин ≥ 55 лет — Ст (ОШ 1,7), ИМ (ОШ 2,2), Ин (ОШ 1,6), ААНК (ОШ 1,3); с возрастом женщин ≥ 60 лет — Ст (ОШ 1,7) и ААНК (ОШ 1,5); с наличием АГ — Ст (ОШ 6,6), Ин (3,7) и ААНК (ОШ 3,2); с длительностью АГ ≥ 10 лет — Ст (ОШ 1,2), Ии (ОШ 1,3) и ААНК (ОШ 1,3). ИМ не ассоциировался с АГ и ее длительностью. С длительностью СД ≥ 10 лет ассоциировались Ст (ОШ 2,1) и ААНК (ОШ 4,9); с курением у пациентов СД 2 статистически значимо ассоциировался только ИМ (ОШ 1,7); с гиперхолестеринемией — Ст (ОШ 1,2). Избыточная масса тела и ожирение не имели ассоциации ни с одним проявлением макроангиопатии.

Выводы: 1. Разнообразие ассоциаций факторов риска с развитием макроангиопатий у пациентов СД 2 показывает, что поражения крупных сосудов у пациентов СД 2 имеют разный метаболический фенотип. Для снижения риска макроангиопатий должны разрабатываться профилактические программы, включающие воздействие именно на те факторы риска, с которыми ассоциируется данное осложнение СД 2.

2. Изучение факторов риска развития осложнений СД 2, характерных для конкретного региона (в данном случае Алтайского края), является актуальной задачей профилактики этих осложнений.

0598

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОФЕССИИ И ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Пырикова Н.В., Осипова И.В., Комиссарова И.Н., Антропова О.Н.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ, г. Барнаул

Цель: выявить особенности факторов риска у работников локомотивных бригад в зависимости от должности.

Методы исследования: Обследовано 224 мужчины (машинисты и помощники машинистов) в возрасте 22-55 лет. Проводился анализ факторов риска сердечно–сосудистых заболеваний: курение, употребление алкоголя, особенности питания, низкая физическая активность, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), гиперхолестеринемия (ГХЭ). Суммарный коронарный риск рассчитывали по шкале SCORE. В зависимости от должности сформированы 2 группы: 1–я группа 134 машиниста (59,8%), средний возраст 43,4±8,1 лет; 2-я группа 90 помощников машиниста (40,2%), средний возраст 32,6±10,2 лет.

Результаты исследования: Машинисты были старше на 10,8 лет ($p<0,01$), чем помощники машинистов. Среди машинистов в 1,6 раза больше ($\chi^2=12,6$; $p<0,01$) встречалось некурящих, чем курящих (61,2 и 38,8% соответственно), среди помощников машинистов 53,3% курили, 46,7% не имели этого фактора риска. Во 2–й группе курили в 1,4 раза чаще ($\chi^2=4,0$; $p=0,04$), чем в 1–й группе, при этом в обеих группах на рабочем месте выкуривали на 1,5 сигарет больше ($p<0,01$), чем в выходной день. Между машинистами и их помощниками не было получено достоверных различий в употребление алкоголя выше допустимых значений (13,4 и 20,0% соответственно). Однако во 2–й группе из спиртных напитков употребляли пиво на 27,6% ($\chi^2=14,9$; $p<0,01$) больше, чем в 1–й группе, в то время как в 1–й группе пили больше крепкие напитки (водка/коньяк) на 16,0% ($\chi^2=5,4$; $p=0,02$), в отличие от 2–й группы. Нерегулярное питание выявлено у 69,4% машинистов и 64,4% помощников машинистов, машинисты на 14,0% ($\chi^2=4,2$; $p=0,04$) больше употребляли в своём рационе овощей и фруктов ежедневно. Низкая физическая активность встречалась с одинаковой частотой в обеих группах (29,9 и 37,8% соответственно). Частота избыточной массы тела и ожирения (ИМТ≥25 кг/м^2) не отличалась между группами (67,2 и 52,2% соответственно), среднее значение ИМТ в 1–й группе было больше на 1,5 кг/м^2 ($p=0,01$), чем во 2–й группе. Среди машинистов ОТ>94 см встречалась на 27,4% ($\chi^2=10,8$; $p<0,01$) чаще, среднее значение ОТ было больше на 4,9 см ($p<0,01$), чем у их помощников. ГХЭ встречалась на 14,4% чаще ($\chi^2=5,3$; $p=0,02$) в 1–й группе, чем во 2–й группе. Артериальная гипертония выявлена у 19,7% машинистов м у 18,9% помощников машинистов. Среди машинистов по шкале SCORE низкий риск имели 25,7%, умеренный риск 73,3%, высокий суммарный коронарный риск 1,0%. В группе помощников машинистов 28,8% относились к категории низкого риска, 69,2% имели умеренный риск, 2,6% высокий риск по шкале SCORE.

Таким образом, машинисты, в сравнении с помощниками машинистов, были старше на 10,8 лет, предпочитали крепкие спиртные напитки на 16,0%, больше употребляли овощей и фруктов на 14,0%. Помощники

машинистов курили больше в 1,4 раза, из алкогольных напитков предпочитали пиво на 27,6%, имели реже на 27,4% абдоминальное ожирение и на 14,4% гиперхолестеринемию, чем машинисты.

0599

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ САМООЦЕНКА У МУЖЧИН С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Пырикова Н.В., Осипова И.В, Антропова О.Н., Комиссарова И.Н.; ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ, г. Барнаул

Цель: выявить особенности психосоциальных факторов риска у работников локомотивных бригад в зависимости от самооценки уровня стресса.

Методы исследования: Обследовано 224 мужчины (машинисты и помощники машинистов) 22-55 лет. Психосоциальный статус изучали с помощью: самооценки уровня психосоциального стресса Л. Ридера, шкалы HADS, оценивали образование, семейное положение, количество детей. По результатам шкалы самооценки Ридера сформированы 3 группы: с высоким уровнем стресса (1–я группа — 16,1%), со средним (2–я группа — 44,6%), с низким уровнем (3–я группа — 39,3%).

Результаты: В 1–й группе мужчины были старше на 7,4 года ($p<0,01$), во 2–й старше на 4,2 года ($p<0,05$), чем работники локомотивных бригад в 3–й группе. Среди мужчин с высоким уровнем стресса в 8,3 раза ($\chi^2=5,0$; $p=0,02$) преобладали лица, которые в настоящее время получают высшее образование, в отличие от групп со средним и низким уровнем стресса (8,3, 1,0, 1,0% соответственно). При оценке семейного положения установлено, что среди мужчин с высоким и средним уровнем стресса было больше женатых на 25,7 и 17,1% ($\chi^2=8,6$; $p<0,01$; $\chi^2=7,3$; $p<0,01$), чем в группе с низким уровнем стресса. В 1–й группе практически все работники локомотивных бригад имели детей, 1 ребенка в семье имели 38,9%, 2 ребенка — 52,8%, 3 ребенка — 2,8% и 5,5% не имели детей. Во 2–й группе 18,0% не имели детей, 34,0% имели 1 ребенка, 41,0% — 2 детей и 7,0% — 3 детей. В 3–й группе, в сравнении с 1–й, на 25,2% чаще ($\chi^2=7,7$; $p=0,006$) встречались лица, которые не имели детей (5,5 и 30,7% соответственно в 1–й и 3–й группах), при этом в 3–й группе у 25,0%, был 1 ребенок в семье, у 42,0% 2 ребенка и у 2,3% — 3 ребенка. Среди машинистов и их помощников с высоким и средним уровнем стресса субклиническая тревога по шкале HADS выявлялась чаще в 10,6 ($\chi^2=21,5$; $p<0,01$) и в 7,9 раза ($\chi^2=17,7$; $p<0,01$) по сравнению с лицами, которые имели низкий уровень стресса (36,1, 27,0 и 3,4% соответственно). В 1-й группе субклиническая депрессия по шкале HADS встречалась в 4,9 ($\chi^2=5,2$; $p=0,02$) и в 5,7 раз чаще ($\chi^2=6,8$; $p=0,009$), по сравнению со 2–й и 3–й группой (19,4; 4,0 и 3,4% соответственно). В 1–й и 2–й группе выявлены случаи клинической тревоги (8,3 и 2,0% соответственно) и депрессии (2,8 и 1,0% соответственно), а у работников локомотивных бригад с низким уровнем стресса не встречались вовсе. При анализе результатов вопросника Ридера установлено, что мужчины в 1–й и 2–й группе в 1,9 раза чаще ($\chi^2=9,2$, $p<0,01$; $\chi^2=21,2$, $p<0,01$) испытывали стресс на работе, чем лица в 3–й группе.

Таким образом, работники локомотивных бригад с высоким и средним уровнем психосоциального стресса по Ридеру, в отличие от лиц с низким уровнем стресса, были старше на 7,4 и на 4,2 года, чаще состояли в браке на 25,7 и 17,1%, имели детей на 25,2 и 12,7%, у них чаще в 10,6 и в 7,9 раз встречалась субклиническая тревога, случаи клинической тревоги и депрессии, чаще в 1,9 раза испытывали стресс на работе. Мужчины с высоким уровнем психосоциального стресса по Ридеру чаще в настоящее время получали высшее образование в 8,3 раз, имели субклиническую депрессию в 4,9 и в 5,7 раз, чем работники со средним и низким уровнем стресса.

0600

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХОЛЕСТЕРИНА ЛНП ПРИ СТАРТОВОМ НАЗНАЧЕНИИ АТОРВАСТАТИНА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ

Пьянков В.А., Братухина О.А., Бражник Д.А.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель: Оценить возможность достижения целевых показателей холестерина ЛНП (ХС ЛНП) при стартовом назначении аторвастатина в амбулаторной практике у пациентов с высоким и очень высоким риском.

Материалы и методы: В исследование было включено 50 пациентов с высоким и очень высоким риском (мужчины 34%, женщины 66%, средний возраст 60,4±9,4 года), обратившихся на амбулаторный прием к кардиологу. Пациенты с верифицированной ИБС составили 34% (17 человек) и пациенты с артериальной гипертонией (АГ) 66% (33 человека). Всем пациентам был назначен аторвастатин в дозировке от 10 до 40 мг (средняя дозировка составила 22,8±10 мг) и проводилась оценка липидного профиля до и через 8 недель после назначения аторвастатина.

Результаты: До назначения терапии аторвастатином показатель общего холестерина (ОХС) составил 6,3±0,8 ммоль/л, ХС ЛНП 3,7±0,7ммоль/л. Через 8 недель терапии аторвастатиномпоказатель ОХС составил 5,1±0,7ммоль/л, ХС ЛПНП 2,5±0,7 ммоль/л. Целевого значения ХС ЛНП ‹1,8 ммоль/л достигли 32% пациентов, а целевого значения ХС ЛНП ‹2,5ммоль/л достигли 46% пациентов.

Выводы: При стартовом амбулаторном назначении аторвастатина у пациентов с высоким и очень высоким риском более 50% пациентов не достигают целевых значений ХС ЛНП через 8 недель после начала терапии.

0601

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛОГО СТЕНОЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Пятериченко И.А., Шлойдо Е.В., Сухов В.К., Сизов А.В., Подлесов А.М.

Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург

Стеноз аортального клапана (АК) — часто встречающееся заболевание из группы приобретенных пороков сердца. Частота обнаружения стеноза АК среди лиц в возрасте 65 лет составляет около 25%, а после достижения возраста 75 лет увеличивается до 48%, что свидетельствует о роли возрастных изменений клапанного аппарата. Население СПб, согласно классификации ООН, считается старым, поскольку доля лиц в возрасте старше 65 лет превышает 7% и в 2012 году составила 14.6%. Таким образом, лечение людей пожилого возраста, имеющих ССЗ, уже сегодня представляет собой сложную задачу, актуальность которой в будущем будет только возрастать.

Протезирование АК стало «золотым стандартом» и дает отличные результаты во всех возрастных группах больных. Однако на протезирование АК направляется всего лишь треть больных из-за высокого риска, обусловленного возрастом, тяжестью порока, сниженной сократимостью ЛЖ, легочной гипертонией, респираторными нарушениями, почечной недостаточностью, неврологическими заболеваниями и др. Часто риск стандартной операции у таких больных чрезвычайно высок (EuroSCORE 20 и более).

Одна из попыток снизить частоту осложнений и летальность в этой группе пациентов, а также в последующим сделать возможным выполнение протезирование АК у считающихся неоперабельными больными — это проведение менее травматичной операции — аортальной катетерной баллонной вальвулопластики (АКБВ).

Показания к АКБВ у больных с тяжелым стенозом АК: 1. перед протезированием АК у тяжелых больных; 2. в качестве паллиативного метода при противопоказаниях к операции (очень высокий периоперационный риск, отказ больного от открытой операции на сердце); 3. перед неотложными внесердечными операциями у больных с критическим стенозом АК.

Противопоказаниями к АКБВ явились: приблизительная продолжительность жизни менее 1 года; улучшение качества жизни маловероятно из-за сопутствующих заболеваний; тяжелое поражение других клапанов сердца, которое может быть скорректировано только путем операции на открытом сердце; размер аортального кольца не более 29 или менее 18 мм; выраженный кальциноз и извитость подвздошных артерий, которые могут не позволить провести вмешательство через бедренный доступ; тромб в левом желудочке; инфекционный эндокардит; ИБС требующая реваскуляризации; ФВ ЛЖ менее 20%.

Таким образом, АКБВ является перспективным методом в комплексном лечении больных с тяжелым стенозом АК, которым противопоказана операция на открытом сердце.

0602

ВОЗМОЖНОСТИ АОРТАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Пятериченко И.А., Шлойдо Е.А., Сухов В.К., Сизов А.В., Подлесов А.М.

Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

Государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

В период с 2011 по 2012 гг. обследовано 30 пациентов с тяжелым стенозом АК, причиной госпитализации которых послужила декомпенсация ХСН, среди них было 7 мужчин (23,3%) и 23 женщины (76,7%). Средний возраст больных составил 76,4 ± 9,5 лет. При анализе жалоб больных были отмечены такие проявления заболевания, как одышка (100,0%), стенокардия напряжения высокого ФК (62,8%), отеки (28,6%), синкопе (14,3%), утомляемость (48,6%), перебои в работе сердца (20%). Также у большинства больных (80,0%) имелись выраженные симптомы ХСН III (56,7%) и IV (23,3%) ФК по NYHA. На ЭКГ регистрировались: постоянная форма ФП (10,0%), пароксизмальная форма ФП (26,7%), блокада ЛНПГ (26,3%), неполная блокада ЛПНГ (36,7%), AV-блокада 1 степени (30,0%), ЖЭ высоких градаций (36,7%). При Эхо-КГ: макс. градиент на АК — 80,0 (63 — 150) мм рт. ст., средний градиент на АК — 48,6 (31 — 70) мм рт. ст., S АК — 0,7 (0,4 — 1.0) мм^2, недостаточность АК 1 ст. (76,7%), давление в ЛА — 51,2 (26 — 95) мм рт. ст., ФВЛЖ — 45,4 (25 — 60)%. При оценке пациентов по шкале EuroSCORE, учитывающей также сопутствующую патологию, имеющуюся у наших пациентов, средний балл составил 19,11.

Всем больным проводилось комплексное лечение, как терапевтическое, так и хирургическое — аортальная катетерная баллонная вальвулопластика (АКБВ).

Далее представлены показатели катетеризации камер сердца до и после проведения АКБВ: макс. градиент на АК с 93,3 снизился до 48,5 мм рт.ст., а средний градиент — с 53,1 до 25,8 мм рт.ст., давление в ЛА с 51,2 уменьшилось до 37,1 мм рт.ст.

Шести пациентам, у которых при коронарной ангиографии выявлялись гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий, наиболее часто одной, одномоментно с АКБВ были выполнены коронаропластика и стентирование.

На фоне лечения отмечено не только улучшение гемодинамических показателей, но и регресс клинических проявлений заболевания. Так, уменьшились ФК стенокардии напряжения и симптомы ХСН (IV ФК — 23,3 → 0,0%, III ФК — 56,7→ 23,3%), к моменту выписки большинство пациентов имело ХСН II ФК (66,7%).

После оперативного вмешательства было выявлено нарастание недостаточности АК до 2 степени у двух пациентов и до 1 – 2 степени у одного пациента. Имелись следующие осложнения: в двух случаях развилась гематома в месте пункции (6,7%), в одном случае — гемоперикад и транзиторные интраоперационные гемодинамически значимые нарушения ритма сердца в виде пароксизмов ЖТ (3,3%). В течение последующего года повторное оперативное вмешательство было выполнено 5 больным (16,7%).

Таким образом, клиническая эффективность и низкое количество осложнений позволяют считать АКБВ перспективным методом в комплексном лечении пациентов с тяжелым стенозом АК, которым по тем или иным причинам противопоказана операция на открытом сердце.

0603

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Рак Л.И.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украини», Харьков

Оптимальные показатели гемодинамики при снижении функции миокарда обеспечиваются адекватностью реакций сосудистой системы, которая существенно зависит от состояния эндотелия периферических сосудов. Цель работы: определить состояние эндотелиальной функции у детей с патологией миокарда (ПМ) воспалительного и невоспалительного ґенеза.

Обследовано 63 подростка 12-18 лет (средний возраст 14,9±0,2 лет) с патологией миокарда (миокардиофиброз, вторичная кардиомиопатия, синдром дисплазии соединительной ткани сердца) и 23 здоровых их сверстника. Исследовали морфофункциональные характеристики сердца (ЭХО-ДопплерЭХОКГ). Ультразвуковое сканирование плечевой артерии проводили линейным датчиком частотой 9 МГц на аппарате SA-8000 Live ("Medison", Корея) в состоянии покоя и в пробе с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая вазодилатация). Исследовали суточную экскрецию катехоламинов с мочой флуорометрическим методом; содержание альдостерона в сыворотке крови радиоиммунологическим методом; уровень эндотелина-1 в плазме, IL-1β, IL-6, TNFα в сыворотке крови — методом иммуноферментного анализа.

Диаметр плечевой артерии у подростков с ПМ в среднем составил 0,37±0,008 см, не отличаясь от показателей здоровых детей, как и скоростные характеристики кровотока. В пробе с реактивной гиперемией прирост диаметра артерии у детей с ПМ был достоверно ниже, чем в группе контроля (8,7±1,8 % против 14,4±2,6; $p_u<0,05$), что свидетельствует о сниженной эндотелийзависимой вазодилатации у них. У 27 (42,9±6,2 %) больных отмечена адекватная реакция сосудов на пробу з реактивною гиперемией, при которой диаметр артерии увеличивался на 10 — 30 %, что в среднем составило 10,5 %. У 57,1±6,2 % детей с ПМ выявлена недостаточная реакция сосудистого эндотелия, что говорит о его дисфункции. Эндотелиальная дисфункция наблюдалась как у детей со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ), так и у больных с нормальними показателями насосной и сократительной функции сердца, независимо от варианта ПМ. Выявлены тесные корреляционные связи между показателями сосудистой реактивности и морфофункциональными параметрами сердца. У детей с дилатацией ЛЖ (индекс конечного диастолического объема ИКДО выше 70 г/м2) прирост диаметра артерии в пробе с окклюзией был значительно ниже, чем у пациентов с нормальными параметрами ЛЖ ($p_ф<0,01$).

Эндотелиальная дисфункция сопровождалась достоверным снижением экскреции катехоламинов с мочой ($p_u<0,05$) и более низким уровнем альдостерона крови ($p_u<0,05$) по сравнению с детьми с нормальной эндотелийзависимой реакцией, а также повышением уровней эндотелина-1 (0,62±0,05 фмоль/л; $p_u=0,06$) и Il-6 (6,12±1,28 пг/мл; $p_ф<0,01$).

Таким образом, эндотелиальная дисфункция у подростков с ПМ формируется независимо от этиологии ПМ, зависит от наличия признаков ремоделирования сердца и сопровождается снижением активности медиаторов симпато-адреналовой системы, уровня альдостерона крови и активацией системы эндотелина-1.

0604

НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАНКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Расулова З.Д., Камилова У.К

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

Цель исследования: изучить уровень мозгового натрийуретического пептида Nt-proBNP (МНУП) и альдостерона в крови у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II и III функциональных классов (ФК).

Материал и методы исследования. Были обследованы 46 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с ХСН с ФК II (23 больных) и ФК III (22 больных). Больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) больных. Всем больным проводилось комплексное клинико-биохимическое обследование, нейрогуморальный статус больных изучался по плазменной концентрации МНУП и альдостерона. Контрольную группу составили 14 здоровых добровольцев мужского пола, сопоставимого возраста. Результаты исследования. При ХСН наблюдалось достоверное увеличение уровня МНУП и Ал в плазме крови и коррелирует с прогрессированием заболевания. У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП и Ал на 187% и на 36% ($p<0,001$), а у больных III ФК на 330% и 66,3% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с контрольной группой.

Существовала прямая корреляционная связь между МНУП и Ал у больных со II ФК, которая составила r=+0,9, а III ФК r=+0,9 ($p<0,001$). Учитывая колебания этих показателей, изучено распределение обследуемых больных по содержанию МНУП и Ал в пределах меньших значений медианы (средневысокий

уровень) и больших значений медианы (высокий уровень) и показало, что у больных с II ФК ХСН средневысокое увеличение МНУП и Ал отмечалось у 51% и 62%, а высокий уровень — у 44% и 37% больных соответственно. У больных III ФК ХСН высокий уровень повышения МНУП и Ал отмечалось у 59% и 64% больных соответственно.

Изучение взаимосвязи содержания нейрогуморальных факторов в плазме крови с локализацией перенесенного ИМ у обследованных больных показало, что по данным ЭКГ и анамнеза перенесенный передний ИМ был зафиксирован у 12 больных (52%) со II ФК и у 12 (59%) — с III ФК ХСН. У больных II ФК ХСН содержание МНУП в плазме крови превышало уровни контрольных значений при перенесенном переднем ИМ в 3,3 раза, заднем — в 1,4 раза. Содержание Ал при переднем и заднем ИМ было выше на 52,2% и 16,6% ($p<0,001$) соответственно от контрольных значений. У больных с III ФК ХСН содержание МНУП и Ал превышало значения контрольной группы на 392% и 95% ($p<0,001$) — при передней, на 242% и 35% ($P<0,001$) — при задних ИМ соответственно.

Выводы. У больных с ИБС, осложненным ХСН в крови увеличивается содержание МНУП и Ал и уровень этих гормонов коррелирует с тяжестью ХСН и зависит от локализации перенесенного ИМ с более высоким уровнем МНУП и альдостерона при переднем ИМ.

0605

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Расулова З.Д., Камилова У.К.

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

Целью исследования явилось изучить особенности структурно-функциональных параметров миокарда и почек, типов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) при II-III функциональном классе (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы исследования. Обследованы 57 больных с II (30) и III ФК (27) ХСН. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, эхокардиографию (ЭхоКГ), определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), расчетную скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл/мин/1,73м2. При проведении ЭхоКГ оцениваться структурные и геометрические параметры сердца. Анализ диастолической функции по определению показателей: максимальной скорости раннего наполнения ЛЖ (Е), максимальной скорости позднего наполнения предсердий (А), соотношения Е/А, удлинение времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT).

Результаты исследования показали, что при увеличении степени ХСН прогрессивно уменьшались ФВ ЛЖ у больных со II ФК и III ФК ХСН ФВ на 19,5% ($p<0,001$) и 37% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с показателями ФВ контрольной группы, что сопровождалось увеличением КДР, КДО и индексов ИСd и ИСs. Анализ показателей диастолической функции больных II и III ФК ХСН показал достоверное по сравнению с контролем снижение Е ($p<0,05$), увеличение А ($p<0,05$), уменьшение соотношения Е/А ($p<0,01$) и удлинение IVRT, достоверно превышающее уровень контроля. Типы нарушения диастолической функции распределялись следующим образом: у больных ХСН нарушения релаксации определялись в 45,5% случаев, псевдонормализация — в 15,5%, рестриктивные изменения — в 7,3% случаях, нормальные показатели диастолической функции определены у 36,7% пациентов.

У больных с II и III ФК ХСН показатели Кр составили 96,1±14,1 и 106,7±9,4 мкмоль/л, а СКФ составила 68,4±9,0 и 60,1±9,3 мл/мин/1,73 м2. А СКФ (MDRD)< 60 мл/мин со II ФК ХСН наблюдалось у 10 (33,3%) больных, и 11 (40,7%) больных с III ФК ХСН. При анализировании полученных показателей ФВ и их связи с СКФ была выявлена достоверная прямая корреляционная зависимость ФВ и СКФ ($r=0,953$). Учитывая, что у 63,3% больных выявлены признаки диастолической дисфункции. У пациентов ХСН с критериями ГЛЖ, уровень креатинина составил 100+6,2 мкмоль/л, при ХСН без ГЛЖ — уровень креатинина составил 103,8+8,3 ммоль/л. Была выявлена отрицательная корреляция между ММЛЖ и Е/А ($r=-0,37$, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, по мере прогрессирования ХСН отмечается субклиническое нарушение функ-

ции почек, характеризующееся в снижении СКФ. У 63,3% обследованных больных выявлены признаки диастолической дисфункции и была выявлена обратная корреляция между ММЛЖ и Е/А.

0606

ДИНАМИКА ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ АНЕВРИЗМОЙ

Рацина Е.В., Соколова Н.А., Чепцова С.А.

ГБОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита

Одним из наиболее грозных осложнений острого трансмурального инфаркта миокарда являются постинфарктные аневризмы, которые регистрируются у 10-35% больных. Электрокардиографическое исследование — это наиболее простой, доступный и широко используемый метод диагностики острого инфаркта миокарда, который также позволяет заподозрить развитие острой постинфарктной аневризмы.

Цель исследования: изучить особенности динамики ЭКГ-изменений у больных с постинфарктной аневризмой при острых трансмуральных передне-боковых инфарктах миокарда.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 40 пациентов с диагнозом острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГУЗ ГКБ № 1 г. Читы. Верификация постинфарктных аневризм осуществлялась на основании данных динамического ЭхоКГ-исследования.

Полученные результаты. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда осложнился формированием постинфарктных аневризм у 45% (18) пациентов. При поступлении элевация сегмента ST в отведениях V1-V4 наблюдалась у 40% (16) пациентов, из них постинфарктные аневризмы сформировались в дальнейшем у 31% (12) больных. У 60% (24) пациентов элевация сегмента ST была в отведениях V1-V5-6, из них у 57% (23) пациентов инфаркт миокарда осложнился развитием постинфарктной аневризмы.

Элевация сегмента ST до 5 мм зарегистрирована у половины (51%) больных, у 39% из них в дальнейшем сформировалась постинфарктная аневризма. У остальных больных (49%) элевация сегмента ST была более 5 мм, и у них чаще (в 52% случаев) наблюдалось развитие постинфарктных аневризм.

На 10-14 день у большинства пациентов (66%) сегмент ST был либо на изолинии, либо наблюдалась небольшая элевация до 2 мм. Из этих пациентов лишь у 26% в дальнейшем по ЭхоКГ диагностирована постинфарктная аневризма. У остальных 34% элевация сегмента ST составила более 2 мм, из них у 75% наблюдалось развитием постинфарктных анервизм.

У всех пациентов с постинфарктными аневризмами элевация сегмента ST по ЭКГ сохранялась и на момент выписки из стационара.

Таким образом, развитие постинфарктных аневризм можно прогнозировать по динамике ЭКГ, информативность которой может составлять до 87.5%.

0607

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Реброва Н.В., Анисимова Е.А., Мордовин В.Ф., Карпов Р.С., Рипп Т.М., Хрулева Т.Г., Саркизова О.Л., Рипп Е.Г.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое воспалительное ревматическое заболевание, ассоциированное с раннимразвитием сердечно-сосудистых заболеваний и высокой кардиоваскулярной летальностью.Распространенность артериальной гипертензии (АГ) убольных РА достигает59%. Риск развития мозговых инсультов при РА повышен в 1,4-4 раза по сравнению с общей популяцией. По-видимому, хроническое воспаление и аутоиммунные нарушения, свойственные РА, оказывают дополнительное повреждающее воздействие на сосудистую стенку и, вероятно, могут привести к более выраженному снижению компенсаторных возможностей

сосудистой системы мозга. Оценка цереброваскулярной реактивности (ЦВР) позволяет выявить наиболее ранние признаки нарушения мозгового кровообращения и тем самым спрогнозировать течение заболевания и разработать тактику лечения пациентов.

Цель исследования — оценить состояние ЦВРу больных АГ, ассоциированной с РА.

Обследовано 26 больных РА с эссенциальной АГ (средний возраст 59,1±6,94 лет).Длительность АГ составила 15,4±9,74 лет, РА — 12,6±11,6 лет. У 6(23%) больных выявлена АГ 1 степени, у 13(50%) — 2 степени, у 7(27%) — 3 степени. Среднесуточное АД составило 141,1±11,0/80,9±9,0 мм рт. ст., среднедневное 142,8±10,5/84,2±9,2 мм рт. ст., средненочное135,5±14,0/74,0±8,7 мм рт. ст. Дислипидемию имели 23(88%) больных (уровень общего холестерина составил 6,43±1,31ммоль/л), незначимый атеросклероз периферических артерий — 18(69%), нарушение толерантности к глюкозе — 7(27%), ожирение I-II степени — 10(39%) пациентов. Высокую активность РА (DAS28›5,1) имели 5(19%) пациента, среднюю (3,2≤DAS28≤5,1) — 16(62%), низкую (DAS28‹3,2) — 5(19%). Рентгенологически I-II стадия РА установлена у 12(46%) пациентов, III-IV стадия — у 14(54%) больных. Все пациенты принимали метотрексат в дозе 9,6±3,7 мг в неделю, 7(27%) больных — глюкокортикостероиды в дозе 7,8±2,0 мг в сутки в перерасчете на преднизолон, 12(42%) — нестероидные противовоспалительные препараты.

Оценивали эндотелийзависимую (ЭЗВД) и эндотелийнезависимую (ЭНВД) дилатацию плечевой артерии,-ЦВР с помощью транскраниальной допплерографии средней мозговой артерии (СМА) с использованием гиперкапнической (ингаляция 4% смеси углекислого газа с воздухом, фаза вазодилатации) и гипероксической (ингаляция 100% кислорода, фаза вазоконстрикции) проб.

Нарушение ЭЗВД (в среднем по группе прирост диаметра плечевой артерии (ДПА) составил 6,7±2,5%) выявлено у 20(77%) пациентов, ЭНВД (прирост ДПА — 12,0±3,9%) — у 8(31%) больных. Через 2 минуты гиперкапнической пробы наблюдали значимое увеличение пиковой систолической скорости кровотока в СМА с73,7±29,7 до 99,8±38,6 см/с (p‹0,001). Индекс реактивности (ИР) составил 1,38±0,30. У 46% пациентов выявлена неадекватная ответная реакция на гиперкапнию: у 8(31%) больных — усиленная положительная реакция, у 4(15%) — отрицательная реакция. Во время гипероксической пробы не установлено достоверных изменений линейных скоростей кровотока (ЛСК) в СМА. ИР составил 0,92±0,35. Только у 5(19%) пациентов выявлено адекватное снижение ЛСК в СМА на 20% и более при вдыхании кислорода. У 18(69%) больных имело место недостаточное снижение ЛСК, у 3(12%) — парадоксальное увеличение на 14-22%.

Таким образом, по результатам транскраниальной допплерографии СМА у большинства больных РА в сочетании с АГ выявлено нарушение ЦВР на метаболические стимулы.

0608

ДИНАМИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ — РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ребров А.П., Гайдукова И.З.

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

В настоящее время вопрос о наличии повышенной сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности при псориатической артрите (ПсА) остается дискутабельным. Имеющиеся в нашем распоряжении данные скудны и противоречивы.

Цель исследования — изучение динамики сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с ПсА, наблюдавшихся с 2008 по 2013 гг. в ревматологическом отделении Областной клинической больницы.

Материалы и методы. В исследование включили 120 пациентов с ПсА без манифестных сердечно-сосудистых заболеваний (на момент вступления в исследование средний возраст составил 43,64 ± 12,1 г., продолжительность ПсА 10,3 [3,4; 18,5] лет, мужчины — 50%). Фиксировали появление сердечно-сосудистых событий через 1 и 4 года после включения в исследование. Учитывали традиционные факторы сердечно-сосудистого риска и активность заболевания (индекс DAS28, число болезненных и припухших суставов — ЧБС). В течение года наблюдали за 30 здоровыми лицами, сопоставимыми с больными ПсА по факторам сердечно-сосудистого риска (возраст 46,7 ± 12,45 лет, мужчины 52%).

Результаты. В течение 1-го года наблюдения у 10 пациентов с ПсА появилась клиника стенокардии, у 2 пациентов — не-Q-инфаркт миокарда, у 2 пациентов — фибрилляция предсердий. В группе сравнения имело

место развитие стенокардии у 2 пациентов (p<0,05). Установили, что при сопоставимых традиционных факторах риска пациенты с развитием сердечно-сосудистых событий (n=14) на момент вступления в исследование имели большую активность и длительность ПсА, чем не развившие их (n=17): ЧБС 34 [6; 96] и 10 [5; 27], p=0,01; индекс DAS4 4,92 [3,09; 8,47] и 3,65 [2,55; 5,07], p=0,02; длительность заболевания 32 [10; 44] и 10 [2,31] лет, p=0,01; возраст дебюта артрита (25 [20 ;44] и 39 [28; 46] лет, p=0,03).

В последующие 3 года стенокардия развилась у 34 пациентов, не-Q инфаркт миокарда — у 3 пациентов, фибрилляция предсердий — у 4 пациентов, полная AV-блокада — у 2 пациентов, сахарный диабет — у 5 пациентов, артериальная гипертензия — у 40 , умерли двое пациентов (n=82).

Суммарно за 4 года наблюдения за 82 пациентами с ПсА у 42 имело место развитие артериальной гипертензии, стенокардия развилась у 44 пациентов, не-Q инфаркт миокарда — у 5 пациентов, фибрилляция предсердий — у 6 пациентов, полная AV-блокада — у 2 пациентов, сахарный диабет — у 6 пациентов, умерли двое пациентов.

Заключение. При сопоставимых факторах сердечно-сосудистого риска появление манифестной сердечно-сосудистой патологии у пациентов с ПсА наблюдается чаще, чем у лиц без псориаза и артрита. Среди больных ПсА, исходно не отличавшихся по риску развития кардиоваскулярной патологии, новые сердечно-сосудистые события зафиксированы у пациентов с большей активностью и длительностью заболевания, более ранним дебютом артрита.

0609

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК СО СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ И СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И.

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет, Москва, РФ

Цель: Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и микроальбуминурия часто встречаются при хронической сердечной недостаточности (ХСН) и неблагоприятно влияют на прогноз. Цель работы — изучение их взаимосвязи со структурно-функциональными изменениями сердца. Методы: 142 больным с ХСН I-IVФК (NYHA) без первичной почечной, аутоиммунной, эндокринной и онкологической патологии [медиана (25;75-процентили) возраста — 64,0(56,0;69,0) года, 86,6% мужчин] проведено комплексное обследование, включающее расчет СКФ по формулам Cocroft-Gault (C-G), MDRD1 и 2, определение экскреции альбумина с мочой (ЭАМ), тканевую допплерографию с оценкой интегрального показателя диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) — отношения максимальной скорости раннего диастолического трансмитрального кровотока к максимальной скорости движения фиброзного кольца митрального клапана (ФКМК) в раннюю диастолу (E/Em). Результаты: Фракция выброса (ФВ) ЛЖ (по Симпсону) составила 30,4(25,3;37,1)%, индексированные конечно-диастолические объемы ЛЖ, левого и правого предсердий (ИКДОлж, ИКДОлп, ИКДОпп) — 102,0(83,5;119,1), 39,8(32,7;49,5) и 40,8(26,5;56,9) мл/м2, толщина межжелудочковой перегородки (Тмжп) и задней стенки ЛЖ (Тзс) — 1,1(0,9;1,3) и 1,2(1,0;1,4) см, E/Em латерального и перегородочного отделов ФКМК — 5,9(5,0;7,1) и 7,1(6,0;8,0). СКФ у большинства больных была снижена и составляла 68,6(51,5;96,2) по C-G, 64,2(50,2;81,1) по MDRD1, 65,4(50,0;79,7) мл/мин/1,73м2 по MDRD2. ЭАМ у большинства была повышена и составляла 20,3(6,8;38,7) мг/л и 16,7(14,3;31,5) мг/сут. Выявлена отрицательная взаимосвязь СКФ с толщиной стенок ЛЖ (r=-0,18, p=0,042 для Тмжп с СКФ MDRD2; r=-0,24, p=0,005 для Тзс с СКФ MDRD1 и MDRD2) и положительная — с КДОлж (r=0,29, p<0,001 для СКФ C-G). В то же время отмечалась отрицательная корреляционная взаимосвязь ЭАМ с ФВ ЛЖ (r=-0,55, p=0,013) и положительная — с КДОпп (r=0,69, p=0,013). СКФ также коррелировала с E/Em (r=-0,41, p=0,039 для E/Em латеральной части ФКМК и СКФ C-G; r=-0,40, p=0,042 для E/Em перегородочной части ФКМК и MDRD1; r=-0,39, p=0,039 для E/Em перегородочной части ФКМК и MDRD2), и систолическим давлением в легочной артерии (r=-0,46, p=0,003 для MDRD1; r=-0,34, p=0,026 для MDRD2). СКФ была ниже у больных с отношением E/Em выше медианы (›7,1) по сравнению с остальными (53,3(41,0;56,9) и 65,4(52,8;72,9) мл/мин/1,73м2, p=0,030 для MDRD1; 54,8(42,8;58,0) и 65,2(49,8;73,9) мл/мин/1,73м2, p=0,042 для MDRD2). Различий по ЭАМ между пациентами этих групп не было. В то же время ЭАМ была выше у больных с ФВ ЛЖ ниже медианы (‹30,4) по сравнению с остальными (30,4(12,9;44,7)

и 14,6(3,2;23,0) мг/л, p=0,004; 34,4(21,4;63,7) и 15,1(4,8;16,2) мг/сут, p=0,002) в отсутствие различий СКФ между пациентами этих групп. Выводы: При ХСН систолическая дисфункция и дилатация ЛЖ взаимосвязаны преимущественно с повышением экскреции альбумина с мочой, тогда как диастолическая дисфункция, гипертрофия миокарда ЛЖ и дилатация предсердий — больше ассоциированы со снижением СКФ. Грант МК-5070.2011.7.

0610

СОДЕРЖАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У ЛИЦ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ И У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Резникова Е.А., Бочкарева О.И., Тарасов А.А., Гальченко О.Е.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград

Целью исследование явилась сравнительная оценка случаев повышения уровня фактора фон Виллебранда (ффВ) и случаев аутоиммунных нарушений у больных, страдающих ИБС и СД с ангиопатиями, и соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления по Fabbri и Rabe. Данные состояния являлись критериями включения в исследование. Материалы и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 80 больных, имеющих критерии включения, и 40 лиц с критериями СХСВ без ассоциированных клинических состояний (РКО, 2012) с риском по SCORE ›5% определяли содержание антител к коллагену, хондроитин-сульфату, гиалуроновой кислоте и содержание ффВ в сыворотке крови. Нормальное значение содержания ффВ, в соответствии с прилагающимися к набору «Technozym»® иструкциями по оценке показателей, составило 0.5 — 1.5 ед/мл. Верхние границы нормальных значений показателя для антител к коллагену, хондроитин-сульфату и гиалуроновой кислоты определяли по Horowitz, и они составили соответственно 1,6 ед.оп.пл., 1,7 ед. оп.пл. и 2,1 ед.оп.пл. для лиц без СХСВ и риском ‹5%. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики, достоверность различий оценивании при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин. Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 65,0% случаев, антител к хондроитин-сульфату — в 60,0% случаев, антител к гиалуроновой кислоте — в 51,3% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 32,5%, 30,0% и 25,0% соответственно. Значения, превышающие верхнюю границу нормальных показателей для ффВ в основной группе отмечены в 63,8% случаев (51 человек), ниже границы нормальных значений — в 2 случаях (2,5%). В контрольной группе значения, превышающие верхнюю границу нормальных значений для ффВ отмечены у 11 человек (24,5%), ниже границы нормальных значений — в 1 случае (2,5%). Таким образом, количество больных с признаками аутоиммунного воспаления в группе ИБС и СД оказалось достоверно ($p<0,05$) выше, чем в контрольной группе. Количество больных с повышенной концентрацией ффВ в основной группе более чем в 2 раза ($p<0,05$) превысило аналогичный показатель в группе контроля. При этом количество лиц, имеющих повышенный уровень антител к компонентам соединительной ткани сосудистой стенки и количество больных с повышенным уровнем ффВ в основной группе достоверно не различалось. Выводы. Наличие СД и ИБС ассоциировано с развитием аутоиммунного воспаления, направленного на компоненты соединительной ткани сосудистой стенки и активацией эндотелия, и выражающегося в повышении продукции тромбогенных факторов. Количество больных, имеющих аутоиммунные маркеры системного воспаления при ИБС и СД аналогично числу больных со стимуляционной формой эндотелиальной дисфункции по гемостатическому типу, протекающей в виде гиперпродукции ффВ, и достоверно превышает показатели в группе контроля.

0611

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Резникова Е. А., Тарасов А. А., Бочкарева О. И.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Волгоград

Цель: сравнить уровни циркулирующих маркеров дисфункции эндотелия эндотелина 1, фактора фон Виллебранда, эндотелиальной NO-синтазы у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

Методы: в исследование были включены 20 пациентов с артериальной гипертензией и 22 пациента с сахарным диабетом 1 и 2 типа, контрольную группу составили 20 пациентов без артериальной гипертензии и сахарного диабета, сопоставимые по полу и возрасту с группами сравнения. Уровни эндотелина 1–21, фактора фон Виллебранда, эндотелиальной NO-синтазы определяли в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты: в ходе проведенного исследования было установлено повышение уровней вазоконстрикторного пептида эндотелин 1-21 в группах пациентов с артериальной гипертензией 4,13±1,7 fmol/ml) и сахарным диабетом (9,56±2,01 fmol/ml), что превысило референсные величины и достоверно отличалось от показателей контрольной группы (1,05±0,3 fmol/ml, p 0,05). Фактор фон Виллебранда как маркер тромбогенной активации сосудистой стенки был достоверно выше у пациентов с артериальной гипертензией (6,1±0,7ед/мл) и сахарным диабетом (8,09±3,8 ед/мл), превышая показатели в группе контроля (1,2±0,09 ед/мл). Содержание в плазме крови эндотелиальной NO-синтазы в основных группах составило 224,07±19,3пг/мл и 308,0±20,25пг/мл соответственно, контрольной 197,13±12,07пг/мл, причем достоверно различались показатели пациентов с сахарным диабетом и контрольной группы (p 0,05.)

Выводы: артериальная гипертензия и сахарный диабет характеризуются повышением уровней циркулирующих маркеров эндотелиальной дисфункции эндотелина-1 и фактора фон Виллебранда, а также тенденцией к нарастанию эндотелиальной NO-синтазы. Нарушение эндотелиального статуса отражает наличие системного поражения сосудистого русла и схожесть патогенетических механизмов ангиопатий у данных групп пациентов и может быть использовано в диагностических целях.

0612

ИЗМЕНЕНИЕ КОМПЕНСАТОРНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК

Рипп Т.М., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рипп Е.Г., Ситкова Е.С., Личикаки В.А., Крылов А.Л., Попов С.В., Карпов Р.С.

ФБГУ НИИ Кардиологии СО РАМН, г.Томск, Российская Федерация

Актуальность. Применение инновационного метода лечения транскатерной симпатической денервации почек (ТСДП), как любая новая технология требует всесторонней оценки безопасности метода, поэтому целью исследования была оценка компенсаторных возможностей мозгового кровотока (КВ МК), его цереброваскулярного резерва (ЦВР), при применении ТСДП у пациентов с резистентной гипертонией (РГ).

Материалы и методы. Все участники дали информированное согласие для исследования, которое проводилось исходно и через 6месяцев после ТСДП. Для оценки ЦВР использовалась транскраниальная УЗДГ средних мозговых артерий (СМА) с определением динамики скоростей кровотока (FVm) — СМА исходно, во время теста с гипероксией (при 2 мин. ингалляции 100% кислорода) и в период восстановления (3мин. ингалляция воздухом) у 29 пациентов 53±9лет с РГ (АД › 160/100мм рт.ст. на фоне приема полнодозовой комбинации более трех антигипертензивных препаратов). Использовались параметры ЦВР: индекс реактивности ИРVmO2=(Vm0-Vm2)/ Vm0*100, коэффициент реактивности КРО2=Vm2/Vm0, индекс восстановления ИВО2=Vm0/Vmrec, индекс изменения скорости реакции ИИСFVm=(VmO2-Vm0)/120, где Vm0 — исходный параметр СК СМА, VmO2 — СК через 2 мин.ингалляции, 120 — время ингалляции в сек. Вмешательство через трансфеморальный доступ проводилось путем РЧА ПА с обеих сторон в 4-8 точках под контролем температуры в точке контакта с интимой ПА — 600С, с мощностью 8ватт продолжительностью до 2мин. Назначенная терапия в процессе исследования не изменялась.

Результаты. Исходно определялось 3 типа ответной реакции ЦВР: нормальная (Н) у 10,3%, патологическая сниженная (ПС) у 37,9% и патологическая противоположно направленная (ППН) у 51,7% пациентов. Через 6 месяцев после ТСДП типы ЦВР трансформировались до: Н-38.9%, ПС-44.4% и ППН-16.7% пациентов. Было выявлено значимое различие между параметрами ЦВР до и после ТСДП: ИРVmO2=4.7±3,1% и 13,8±1,6% p=0,001; КРО2=1,48±0,3 и 0,96±0,07 p=0,01; ИВО2=1,32±0,06 и 1,09±0,01 p=0,01; ИИСFVm=0,026±0,001 и -0,10±0,06 см/с p=0.004 соответственно.

Заключение. Исходно определялось снижение силы и скорости КВ МК у пациентов с РГ при гипероксии. Лечение с использованием ТСДП способствовало нормализации типов гипероксической реакции у 28% пациентов и значимому улучшению силы и скорости реакции ЦВР.

0613

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ САМОКОНТРОЛЯ ДАВЛЕНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Рипп Т.М., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Карпова Т.Р., Злобина М.В., Личикаки В.А., Ситкова Е.С., Винайкина У.А., Попов С.В., Карпов Р.С.

ФБГУ НИИ Кардиологии СО РАМН, г.Томск, Российская Федерация

Цель исследования: Оценка безопасности и эффективности транскатетерной денервации почек (ТДП) по данным самоконтроля (СК) АД и ультразвукового исследования сердца и почек у пациентов с резистентной гипертонией.

Материалы и методы: Все участники исследования дали информированное согласие на лечение и диагностические процедуры. В промежуточный анализ было включено 26 пациентов в возрасте 53±9 лет с рефрактерной гипертонией (РГ) уровнем офисного АД более 160/100мм рт.ст. на фоне приема не менее 3-х препаратов, включая диуретик. РЧ ТДП осуществлялась через трансфеморальный доступ, путем радиочастотной аблации почечных артерий (ПА) с обеих сторон в 4-8 точках под контролем температуры в точке контакта с интимой — 600С, с мощностью 8ватт продолжительностью 2мин. Назначенная терапия в процессе исследования не изменялась. Для оценки эффективности метода была исследована динамика изменения АД до и после ТДП: офисные (оф.) значения и метод самоконтроля (СК) в течение первого месяца после ТСДП (использовался автоматический тонометр OMRON M6 Comfort (HEM-7221-RU, Japan), согласно стандартным рекомендациям контроля АД. Расчетные точки были определены с 5-ти дневным интервалом для СК АД. Для оценки безопасности и эффективности оценивались клинические параметры: скорость клубочковой фильтрации (MDRD в мл/мин), степень протеинурии, параметры эхокардиографии с анализом диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ) («Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography» 2009), УЗИ почек и ПА. Данные представлены как среднее (M) ± станд.отклонение (SD) и [25 и 75%] доверительный интервал DI.

Результаты: Динамика АД на 5 и 30сут.: по данным оф.АД DI [-6 и 37/-6-и-13] и [0 и -36/2 и -13] соответственно, по данным СК АД: DI [-7 и 30/-6 и-18] и [-1 и -30/-2 и -13] мм рт.ст. Показатели функции почек СКФ — до и после [60,2 и 86,4] и [62,4 и 85,6] мл/мин/1,73м2 p=0,36, протеинурия 0,24±0,61 и 0,24±0,56 ммоль/л p=0,71. Не наблюдалось значимого изменения размеров, структуры почек и ПА в интра- и после- процедурные периоды. Пациенты с 1ст. диастолич.дисфункции ЛЖ и снижением систолического АД более чем 10мм рт.ст. через 6 месяцев имели нормальные значения основных параметров ЛЖ: E/A=0,79±0,22, IVRT=118±15mc, DT215 ±37 sept e`=215±38, sept a=10,5±3,3, lat e=7,83±3,37, lat a=12,7±2,50, при сохранной систолической функции ЛЖ: EF 68,4±2,6 и 69,6±6,9мл. Выводы. После ТДП: Эффективно и устойчиво снижалось АД, СК АД адекватно отражал динамику АД в сравнении с офисными значениями; не было опасных изменений функции почек и почечного кровотока, у пациентов с эффективным снижением АД к 6 месяцам наблюдения нормализовались показатели диастолической функции ЛЖ.

0614

СПЕКТР МУТАЦИЙ В 24-32 ЭКЗОНАХ ГЕНА FBN1 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА

Рогожина Ю.А., Румянцева В.А., Богопольская О.М., Зверхановская Т.Н., Чарчян Э.Р., Дземешкевич С. Л., Заклязьминская Е.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», Москва

Цель работы. Синдром Марфана — наследственная патология соединительной ткани. При этом заболевании повреждается гликопротеин фибриллин-1, который образует микрофибриллы эластических волокон. Протеин кодируется геном FBN1, содержащим 65 кодирующих экзонов. Мутации в 24-32 экзонах приводят к неонатальной, нетипично тяжелой или классической форме синдрома Марфана, с высоким риском разрыва аневризмы аорты. Целью нашей работы был поиск мутаций в экзонах 24-32 гена FBN1 у российских больных с синдромом Марфана.

Материалы и методы. Поиск мутаций в 24-32 экзонах FBN1 был проведён 22 больным, у которых полностью выполнялись диагностические критерии синдрома Марфана. Молекулярно-генетический анализ включал прямое секвенирование по Сенгеру кодирующих участков и прилегающих интронных областей 24-32 экзона гена FBN1. Все генетические варианты проанализированы с помощью ресурса NetGene2, PolyPhen2.

Результаты. У пациента А. с неонатальной формой синдрома Марфана выявлена мутация p.I1048T в 26 экзоне, не обнаруженная у его родителей (мутация de novo). У пациентки К. обнаружена неописанная в литературе замена p.C950S в 24 экзоне. У пациентки Ф. обнаружена новая замена p.C921R в 24 экзоне. Та же мутация выявлена у ее дочери (семейный случай синдрома). Анализ экзонных замен с помощью ресурса PolyPhen2 показал высокую вероятность их патогенности. Интронная замена c.2729-132A>G найдена у одного пациента. У трех пациентов выявлен генетический вариант c.3464-5G>A. У пяти пациентов обнаружена делеция c.3208+53delTCTTTA. У 17 пациентов есть замены c.3589+41C>T/N; c.3589+46T>C/N; c.3589+52G>T/N., Достоверного влияния замен на сплайсинг выявлено не было. Исследованные экзоны составили 13,8% кодирующей последовательности гена FBN1. В этих фрагментах гена были выявлены 3 потенциально патогенных мутации, что составило 13,6% в группе больных. Проводится популяционный анализ новых замен.

Выводы. Диагностическая система, основанная на исследовании только «горячих» экзонов не обладает достаточной эффективностью, и мы считаем целесообразным проводить анализ всего гена. Однако, в связи со значительным размером гена и большим размером интронов, наиболее многообещающим и оптимальным в соотношении «стоимость исследования-диагностическая эффективность» представляется использование высокоэффективного секвенирования нового поколения.

0615

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ МИТОНИИ ШТЕЙНЕРТА-КУРШМАНА-БАТТЕНА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Родионова Л.В.

«Тихоокеанский государственный медицинский университет», Владивосток

Дистрофическая миотония (ДМ) — редкое наследственное нейромышечное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования. Распространенность в мире-5 человек на 100 тысяч населения. В г. Владивостоке нами выявлено 5 пациентов с данной патологией.

Больной Г. 55 лет, направлен в отделение неотложной кардиологии ГКБ №1 с диагнозом: ИБС, нестабильная стенокардия, трепетание предсердий. Болен с 25 лет, когда впервые начал отмечать слабость мышц ног, сердцебиение. На проф. осмотре выявлен пароксизм фибрилляции предсердий. Пациент пониженного питания, двусторонний птоз, атрофия разгибателей предплечья. Пульс 86 уд/мин, аритмичный. АД-130/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, мерцательная аритмия. ЭКГ: фибрилляция предсердий. Эхокардиография (ЭХОКГ) в двухмерном, доплеровском режимах выполнялась с оценкой показателей систолической и диастолической дисфункций левого желудочка. Измеряли пик скорости раннего диастолического наполнения (Е), пик скорости позднего диастолического наполнения (А), их соотношение, в постоянно волновом режиме измеряли время изоволемического расслабления(IVRT). Результаты ЭХОКГ: ФВ 54%, ИММЛЖ- 128 г/м2, ТЗЛЖ-1,4 см, ПП-4,3см, ЛП-4,2 см, МЖП-1,1. Показатели импульсно-волновой доплерографии: Е-0,43 м/с, А-0,65 м/с, Е/А-0,69м/с, IVRT-91 м/с. ГЛЖ, дилятация обоих предсердий. Коронарография: левая и правая коронарные артерии не изменены. Холтеровское мониторирование (ХМ): Трепетание предсердий. Синдром Фридерика. Больному был имплантирован электрокардиостимулятор.

Выводы. ДМ сопровождается разнообразной и нередко выраженной патологией сердца, которая может быть причиной смерти больного, в том числе внезапной. ЭКГ-исследование должно рутинно проводиться каждому больному с ДМ, по показаниям выполняются холтеровское моиторироваие ЭКГ и ЭХОКГ. Поражение сердца может быть дебютом данной патологии, с которой чаще сталкиваются неврологи, но первым врачом, к которому обратится больной может быть терапевт или кардиолог.

0616

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Родичева О. А., Левашов С. Ю.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ

Цель исследования: изучить особенности ремоделирования миокарда у лиц с ИБС в сочетании с дегенеративным аортальным стенозом (АС).

Материалы и методы. В исследование включено147 пациентов (мужчин 35,5%, женщин 64,6%) с дегенеративным АС в сочетании с ИБС стабильной стенокардией I-IV функционального класса. Средний возраст — 73,3±6,6 лет (60-88). Контрольная группа — 41 пациент (мужчин 48,8%, женщин 51,2%) с установленным диагнозом ИБС. Средний возраст — 68,9±6,2 лет (60-82). Диагноз АС выставлялся в соответствии с рекомендациями EAE/ASE (2009) по данным эхокардиографии, выполненной на аппарате фирмы General Electric Vivid 7 (США) по стандартной методике.Все пациенты с пороком сердца разделены по степени тяжести стеноза: I степень — 110 человек (74,8 %); II степень — 16 (10,9 %); III степень — 21 (14,3 %). Частота артериальной гипертензии в исследуемых группах составилау лиц с АС 93,2% (137 человек) и 100% (41 человек) у пациентов с изолированной ИБС, p=0,086.

Полученные результаты:Частота встречаемости гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) в группе лиц с АС составила 91,8% (135 человек) и 82,1% (32 человека) у лиц без АС, p=0,073. Концентрическая гипертрофия ЛЖ преобладала в обеих группах: у 60,5% пациентов с АС и у 35,9% без АС, и достоверно чаще наблюдалась в группе с АС, p=0,006. Частота эксцентрической гипертрофии ЛЖ существенно не различалась (23,8% с АСи 17,9% без АС,p=0,436).При этом концентрическое ремоделирование ЛЖ (7,5% и 28,2%, p<0,001) и нормальная геометрия ЛЖ (8,2% и 17,9%, p=0,073), наоборот, чаще встречались в группе лиц с ИБС без АС. Увеличение степени тяжести АС, оцененной по уровню трансаортального градиента,сопровождалось увеличениемчисла случаев концентрической гипертрофии ЛЖ:1 степень — 54,1%; 2 степень — 75%; 3 степень — 81%, p=0,024. При этомчастота эксцентрической ГЛЖ практически не менялась:1 степень — 25,2%; 2 степень — 18,8%; 3 степень — 19%, p=0,531. Концентрическое ремоделирование и нормальная геометрия ЛЖ встречались только у лиц с 1 степенью АС (9,9% и 10,8%) соответственно.При проведении корреляционного анализа установлено, что увеличение градиента давления на аортальном клапане ассоциируется с увеличением массы миокарда ЛЖ и толщины стенок ЛЖ: с ИММ (r=0,263, p=0,002), с ТЗСЛЖ (r=0,235,p=0,004), с ТМЖП (r=0,443, p<0,001) и наиболее значимой была связь с толщиной МЖП.

Среди больных сАС у 53,7% пациентов наблюдался АС, сочетающийся с кальцинозомлевого АВ кольца. При анализе характера ремоделирования миокарда ЛЖ каких — либо различий между этими группами в зависимости от степени стеноза не установлено.

Выводы:Преобладающим типом ремоделирования миокарда ЛЖ у лиц с АС была концентрическая гипертрофия ЛЖ, частота которой увеличивается по мере увеличения тяжести аортального стеноза. Тяжесть стеноза аортального клапана положительно коррелирует с массой миокарда левого желудочка, с толщиной стенок миокарда и не имеет связи с размерами полостей левого желудочка.

0617

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Романова Е.Н., Сутурина М.О.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия

При дисплазии соединительной ткани (ДСТ) широко распространены и наиболее значимыми являются кардиологические изменения. Системный характер поражения соединительной ткани при дисплазии предполагает индивидуально выраженную структурную и функциональную неполноценность субэндотелиального экстрацелюлярного матрикса, следствием чего может быть развитие эндотелиальной дисфункции.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния сердца, вегетативной нервной системы и функции эндотелия в зависимости от выраженности ДСТ.

Материалы и методы. Обследовано 29 человек в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст 27±3,6), из них 4 мужчин и 25 женщин. I группу составили пациенты с ДСТ легкой степени (n=15), II группу (n=14) — ДСТ средней степени. Для проведения скрининг-диагностики ДСТ использована схема, предложенная Т. Милковска-Дмитровой и А. Каркашевым (1985). Для изучения состояния сердца проводилась ЭхоКГ. Функция вегетативной нервной системы оценивалась с помощью опросника Вейна, определения индекса Кердо. Для изучения функции эндотелия исследовали количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) (J. Hladovec, 1978), содержание NO2/NO3, NOx в сыворотке крови (П.П. Голиков, 2004). Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Statistica 6.1, при сравнении показателей использовался критерий Манна-Уитни, χ-квадрат Пирсона ($\chi 2$).

Результаты. При оценке внешних проявлений у 15 человек диагностирована ДСТ легкой степени и у 14 — средней степени тяжести. При проведении ЭхоКГ выявлено, что у всех пациентов с внешними маркерами ДСТ регистрировались МАС: пролапс митрального клапана — 79,3%, из них с митральной регургитацией 1 степени — 37,9%, 2 степени — 6,9%; аномальные хорды левого желудочка — 31%, аневризма межпредсердной перегородки — 3,4%. У всех пациентов при исследовании с помощью опросника Вейна выявлены признаки вегетососудистой дистонии, выраженность которой по количеству баллов не зависит от степени ДСТ. При оценке индекса Кердо во II группе пациентов наиболее часто выявляли преобладание симпатотонии у 78,5% пациентов, по сравнению чем в 1 группе (p=0,005). Количество ДЭ у пациентов со средней степенью тяжести ДСТ в среднем 3 [2;8]*104/л, что в 1,5 раза выше чем у исследуемых с ДСТ легкой степени тяжести (p=0,03). При исследовании нитроксидпродуцирующей функции эндотелия концентрация NO2 у пациентов I группы составила 19,4 [18,8; 20,1], NOx — 22,6 [21,6;23,5], у исследуемых II группы содержание NO2 и NOx на 10% меньше по сравнению с I группой (p<0,05). Таким образом, при наличии внешних проявлений ДСТ высока вероятность выявления МАС, что подтверждается данными ЭхоКГ. У всех пациентов с НДСТ выявляются признаки вегетососудистой дистонии, их выраженность не зависит от количества внешних проявлений ДСТ. При НДСТ с большим количеством внешних признаков чаще отмечается преобладание симпатотонии. У пациентов со средней степенью ДСТ выявлены более низкие показатели функционального состояния эндотелия.

0618

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Романова Н.А.,[1] Поварова Т.В.,[2] Чаплина И.П.,[2] Шкляр Е.В.,[2] Ушаков В.Ю.[1]

[1]ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздравсоцразвития России»

[2]НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Саратов–II» ОАО «РЖД» 2, Саратов, Россия

Цель работы: привлечь внимание практических врачей к проведению профилактических мероприятий по борьбе с сердечной недостаточностью (СН) у лиц молодого возраста, перенесших трансмуральный инфаркт миокарда (ТРИМ), на примере клинического случая.

Больной К., 31 года, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на слабость, одышку, увеличение в объёме живота, отёки передней брюшной стенки и нижних конечностей. В анамнезе повышение АД до 140/100 мм рт.ст. в течение 2 лет, по поводу чего пациент не лечился; курил в течение 15 лет до заболевания (0,5 пачки сигарет в день). 15.05.2012 после стресса выявлен передний ТРИМ распространённый, с переходом на боковую стенку и формированием аневризмы левого желудочка (ЛЖ) с верхушечным тромбозом. При проведении коронарографии спустя 1 мес. гемодинамически значимых изменений коронарного русла не выявлено; от оперативного лечения аневризмы воздержались. Причиной развития ИМ предположительно явился длительный коронарный спазм, обусловленный стрессом. В течение1 года принимал непрямые антикоагулянты в сочетании с антиагрегантами и антиальдостероновые препараты; β-адреноблокаторы — нерегулярно; рекомендованные ингибиторы АПФ и гиполипидемические средства не принимал; ухудшение в течение 1,5 мес. до госпитализации. При проведении допплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) в момент госпитализации выявлены признаки трансмурального поражения миокарда в бассейне передней нисходящей коронарной артерии (фиброз и акинезия среднего и базального передне-перегородочного сегментов, переднего и перегородочного сегментов среднего и верхушечного уровней, верхушечно-нижнего и верхушечно-бокового сегментов); хроническая постинфарктная аневризма с организованным пристеночным тромбозом в области верхушки ЛЖ; признаки нарушения диастолической и систолической функций миокарда, тотальной сердечной декомпенсации; лёгочная гипертензия

тяжёлой степени. Фракция выброса ЛЖ на уровне средних сегментов — не более 45%, на верхушечном уровне — 25%. На фоне лечения непрямыми антикоагулянтами, антиагрегантами, диуретиками, антиальдостероновыми препаратами, β-адреноблокаторами, ингибиторами АПФ и гиполипидемическими средствами в течение 8 дней отмечена положительная динамика: уменьшение одышки, отёков передней брюшной стенки и нижних конечностей, асцита, жидкости в полости перикарда; исчезновение выпота в плевральных полостях; снижение лёгочной гипертензии до умеренной степени. Пациент продолжает лечение в стационаре.

Выводы. В случае развития ТРИМ у лиц молодого возраста для профилактики развития СН показаны: 1) более тщательный контроль лечения больного в амбулаторных условиях; 2)проведение бесед с пациентом и его родственниками о приверженности назначенной терапии в полном объёме; 3)проведение контрольной ДЭхоКГ ранее, чем через 1 год после перенесённого ИМ; 4)при формировании аневризмы ЛЖ — раннее направление к кардиохирургам для решения вопроса об оперативном лечении.

0619

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ 6 ОНП С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ФАКТОРАМИ РИСКА ИБС У ПАЦИЕНТОВ КОРЕННОЙ И НЕКОРЕННОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ ЯКУТИИ

Романова Т.А., Воевода М.И.*, Максимов В.Н.*, Тарабукина Л.В., Петрова И.Р.**

РБ№ 1 Национальный центр медицины, г. Якутск; *Институт терапии РАМН, г. Новосибирск;

****ЯНЦ комплексных медицинских проблем СО РАМН, г. Якутск**

Цель исследования: проверить ассоциации ОНП с факторами риска, клиническими проявлениями ИБС, с результатами коронарной ангиографии (КАГ) и результатами стентирования КА у больных ИБС жителей Якутии.

Материалы и методы: в исследование были включены 129 пациентов с ИБС, перенёсших различные виды лечения (КШ, стентирование КА), в том числе 55 коренной национальности (якуты) и 74 некоренной национальности (русские) Якутии. Всем пациентам были проведены ЭХОКГ, КАГ, биохимические и генетические исследования. Геномную ДНК выделяли из 10 мл венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Полиморфизм генов тестировали с помощью ПЦР в реальном времени в соответствии с протоколом фирмы производителя (зонды TaqMan, Applied Biosystems, USA) на приборе ABI 7900HT. В исследование были взяты следующие ОНП: rs499818 (хр. 6), rs619203 гена ROS1, rs10757278 и rs1333049 (хр. 9), rs2549513 (хр. 16) и rs4804611 гена ZNF627. Они были отобраны по результатам полногеномных ассоциативных исследований и проверки информативности на новосибирской популяции.

Результаты исследования: у коренных пациентов с ИБС ОНП rs1333049 и rs10757278 ассоциировались с ИМ и гипертрофией ЛЖ (по результатам ЭХОКГ исследования): носители генотипа CC rs1333049 реже имели в анамнезе ИМ и гипертрофию ЛЖ по сравнению с носителями других генотипов (p=0,027, т.Фишера=0,032; p=0,011, т.Фишера=0,019). У носителей генотипа GG ОНП rs10757278 реже, по сравнению с носителями двух других генотипов, выявлялась гипертрофия ЛЖ и ИМ (p=0,007, т. Фишера=0,04; p=0,025, т.Фишера=0,049). Выявлена ассоциация rs4804611 гена ZNF627 с типом кровоснабжения сердца (по результатам КАГ): у носителей генотипа AA левый тип встречался чаще, чем у носителей других генотипов (p=0,047, т.Фишера=0,05). В группе коренных пациентов, перенёсших миниинвазивные вмешательства, у носителей генотипа GG ОНП rs 619203 по сравнению с носителями двух других генотипов рестенозы в стентах КА, спустя год после имплантации, не выявлялись (p=0,018; тест Фишера=0,045).

В группе некоренных пациентов с ИБС найдена ассоциация ОНП rs 499818 с индексом массы тела (ИМТ), отягощённой наследственностью по АГ. Так, у носителей генотипа GG значительно реже выявлялась повышенная масса тела (ОШ-1,3; 95% ДИ 1,0-1,7; p=0,043) и отягощённая наследственность по АГ (p=0,003). Найдена ассоциация rs 2549513 с отягощённой наследственностью ИМ и стенозами ЛКА по результатам КАГ: у носителей генотипа AA отягощённая наследственность ИМ (ОШ-0,7; 95% ДИ 0,5-0,8; p=0,01) и критические стенозы в ЛКА выявлялись чаще, чем у носителей других генотипов (ОШ-0,3; 95% ДИ 0,08-0,9; p=0,03; тест Фишера=0,05). По результатам КАГ выявлена связь ОНП rs 619203 с типом кровоснабжения сердца: носители генотипа GG чаще по сравнению с носителями других генотипов имели сбалансированный тип кровоснабжения сердца (p=0,003, т. Фишера=0,01).

Выводы: впервые определена роль 6 ОНП в клинических проявлениях ИБС, результатах КАГ и миниинвазивного лечения у пациентов разных этнических групп. У коренных пациентов подтверждена ассоциация ОНП

rs1333049 и rs10757278 с ИМ, гипертрофией ЛЖ, выявлена ассоциация rs4804611 с типом кровоснабжения сердца и ассоциация rs 619203 с рестенозами в стентах КА. В группе некоренных пациентов с ИБС подтверждена ассоциация rs 499818 с ИМТ, отягощённой наследственностью по АГ, rs 2549513 — с отягощённой наследственностью по ИМ, найдена ассоциация rs 619203 с типом кровоснабжения сердца. Выявленные различия ассоциаций определяются особенностями генетической структуры популяций коренных и некоренных жителей Якутии.

0620

КАРДИОБИОПОКАЗАТЕЛИ И КАРДИОБИОМАРКЕРЫ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И РЕВИТАЛИЗАЦИИ

Романчук П.И., Романчук Н.П., Волобуев А.Н., Крюков Н.Н.

Самарский областной гериатрический центр,

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Клиническая роль применения кардиобиопоказателей и кардиобиомаркеров повышается в связи с системным и комплексным подходом при оценке возрастных изменений сердечно-сосудистой системы организма по данным мониторинга биологического возраста (БВ) человека.

В настоящее время существует множество способов определения БВ человека, использующих разнообразные показатели, закономерно изменяющиеся с возрастом: физиологические и патологические, функциональные и морфологические, клинико-лабораторные, биохимические, психологические, нервно-психические и ряд других. Для оценки БВ человека предложено более 100 маркеров возрастных изменений.

Оценка старения организма человека в существующих способах проводится по величине отклонения индивидуального БВ человека от его календарного возраста (КВ), при этом определяется повышенный риск раннего развития возрастной патологии, который влияет на качество и продолжительность жизни.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности ревитализации и комбинированной терапии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с помощью кардиобиомаркеров и кардиобиопоказателей, определения и мониторинга БВ человека.

Материал и методы: в работе использованы авторские запатентованные методики по управлению БВ человека, определению и коррекции возрастных изменений сердечно-сосудистой системы.

Результаты: определение БВ и индивидуальной скорости старения особо актуально для оценки и прогнозирования риска развития наиболее распространенных хронических заболеваний современного человека, сцепленных с онтогенетическим развитием и процессами старения человека: артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца, ожирение, сахарный диабет 2-го типа, атеросклероз и др.

Клиническое применение кардиобиопоказателей и кардиобиомаркеров позволяет проводить диагностику поражения органов-мишеней у больных с АГ, системно оценивать атеросклеротические и другие изменения кровеносных сосудов, состояние центральной и периферической гемодинамики, изменение геометрии сердца, работу всей сердечно-сосудистой системы в целом.

Авторы на основании 15-летних клинических наблюдений в Центре Артериальной Гипертонии г. Самара (ЦАГИС), а также клинических, физиологических, биохимических, биофизических и клинико-экспериментальных исследований в Самарском государственном медицинском университете, Гериатрическом научно-практическом центре Самарской области, а затем и в Самарском областном гериатрическом центре утверждают, что повышение объективности и информативности лечебно-диагностического алгоритма оценки возрастных изменений сердечно-сосудистой системы человека достигается за счет системного подхода в оценке всех кардиобиопоказателей и кардиобиомаркеров, оптимальные значения которых получены опытным путем и которые изменяются с возрастом в зависимости от базовых генетических, физиологических и патофизиологических показателей.

Выводы:

1) клиническая роль применения кардиобиопоказателей и кардиобиомаркеров повышается в связи с системным и комплексным подходом при оценке возрастных изменений сердечно-сосудистой системы организма человека.

2) кардиологический лечебно-диагностический алгоритм во взаимосвязи с мониторингом БВ человека

позволяет оценивать эффективность проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения, а также ревитализационных мероприятий.

0621

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ В РЕГИОНЕ С ПОЗИЦИИ КАРДИОЛОГА

Романчук П.И., Романчук Н.П., Волобуев А.Н.

Самарский областной гериатрический центр,

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В течение 2010-2012гг. структура смертности от болезней системы кровообращения в Самарской области составляет от 56 до 54%.

Цель работы заключается в оценке продолжительности жизни человека с помощью персонифицированного определения состояния здоровья человека по следующему алгоритму: определение образа жизни, выявление факторов риска социально значимых заболеваний, регистрация производственного и бытового фактора мутагенеза, определение генетического паспорта, определение биомаркеров заболеваний, диагностика биопоказателей старения органов и систем организма, оформление паспорта здоровья, диагностика полиморбидности, определение и мониторинг биологического возраста (БВ).

Материал и методы: в работе использованы авторские запатентованные методики по управлению БВ человека.

Результаты: В настоящее время в Самарском областном гериатрическом центре по программе «Активное долголетие» нашли клиническое применение следующие десять методов определения БВ: по анализу крови, по изменениям плотности костной ткани, по показателям импедансметрии, по вариабельности показателей кардиосинхронизированного механизма, по спирографии, по эхокардиографии, по биоэлектрической активности головного мозга, по физической работоспособности, по умственной работоспособности, по антропометрии.

С позиции кардиолога лечебно-диагностический алгоритм позволяет проводить мониторинг эффективности проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения, а также ревитализационных мероприятий.

Прогностическая оценка нормативной динамики продолжительности жизни человека в регионе на основе медико-социального и биофизико-математического подхода характеризуется тем, что достоверно осуществляется повышение качества и продолжительности жизни человека с помощью персонифицированного определения состояния здоровья человека, прогноза его заболевания и преждевременного старения по разработанному кардиологическому алгоритму.

Величину фактора случайного мутагенеза оценивают по среднему отклонению частоты аллеля от нормы, а также определяют прогностический уровень нормативной динамики отклонения частоты аллеля от нормы, свидетельствующий о медико-демографической стабильности в регионе, которая рассчитывается как корень квадратный от времени жизни популяции по непрерывной шкале поколений .

Таким образом, взаимосвязь кардиобиопоказателей и кардиобиомаркеров с генетической, математической и биофизической оценками влияния фактора случайного мутагенеза как на геном человека в процессе жизнедеятельности, так и на популяцию в целом, позволяет оценивать степень и характер влияния полиморбидных заболеваний на скорость старения сердечно-сосудистой системы.

0622

НИЗКОАКТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ОЧАГАХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА ИБС

Ромашов Б.Б.,[1] Селина Т.М.,[2] Ульянова М.И.,[1] Скоркина И.А.[2]

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

[2]БУЗ ВО ВГКБСМП № 1, Воронеж, Россия

Целью исследования было определение влияния хронического воспаления в ротовой полости и зубочелюстной системе, связанного с патологией зубов, на состояние сердечно сосудистой системы у лиц с наличием ИБС.

Методы исследования. Всего было обследовано 38 пациентов в возрасте 56-82 лет, госпитализированных в отделение кардиологии больницы скорой помощи с диагнозом ИБС прогрессирующая стенокардия. Пациенты были распределены на 2 группы: в первую группу вошли больные с выраженными воспалительными изменениями в ротовой полости — 21 человек, во вторую группу вошли пациенты без явных признаков воспаления — 17 человек. Лабораторные тесты включали рутинные обследования для госпитализируемых больных, определение холестерина крови, липопротеинов низкой, высокой плотности, С-реактивного протеина и других показателей воспаления. Мониторирование функции сердца, ЭКГ проводили с использованием системы «МИТАР-01-Р-Д». Определение стоматологического статуса проводили по стандартной модели обследования, принятой в терапевтической стоматологии с дополнительным использованием критериев риска хронического орального сепсиса по критериям Леус Л.И. Обработка данных производилась с использованием Т-теста.

Полученные результаты. Было установлено, что показатели общего анализа крови, биохимические тесты, показатели воспаления, уровень холестерина не различались в группах обследованных. Достоверные различия между группами были определены по количеству наджелудочковых, желудочковых экстрасистол, в течение первых 3 часов наблюдения ($P<0,05$), что положительно коррелировало со степенью воспалительной активности в ротовой полости.

Выводы. Хроническое воспаление, связанное с патологией зубочелюстной системы, является фактором риска обострения ИБС и увеличения степени ее тяжести, вызывает усиление аритмической активности.

Отсутствие биохимических изменений показателей воспаления указывает на низкий уровень активности, при наличии интоксикации, делает затруднительным использование для диагностики стандартных биохимических тестов.

Открытым остается вопрос об использовании дополнительных лекарственных средств, обладающих противовоспалительной и антибактериальной активностью, в остром периоде ИБС у больных данной категории.

0623

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗАВ ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ СТЕНОЗОВ АРТЕРИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Рубаненко О.А., Качковский М.А., Кириченко Н.А., Кузьмина Т.М.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель исследования. Выявить показатели липидного обмена и системы гемостаза, ассоциированные с развитием стенозов артерий брахиоцефального ствола у больных ишемической болезнью сердца.

Методы исследования. В исследование включено 132 пациента сишемической болезнью сердца и атеросклеротическим поражением артерий брахиоцефального ствола, средний возраст составил 54,1±4,3лет. Всем больным исследовали липидный спектр крови с определением уровня общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой (ХС ЛВП)и низкой плотности (ХС ЛНП), триглицеридов (ТГ). Для оценки состояния системы гемостаза определяли уровень фибриногена, АДФ — индуцированной агрегации тромбоцитов, D — димера, фактора Виллебранда (фВ). Для выявления характера и степени выраженности атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов артерий брахиоцефальногоствола(общие (ОСА), внутренние (ВСА), наружные сонные артерии, позвоночные, подключичные артерии (ПКА))использовали ультразвуковое триплексное сканирование.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.1. При проведении корреляционного анализа применяли корреляцию Спирмена. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Полученные результаты. При анализе корреляционных взаимосвязей между показателями липидного обмена и системы гемостаза со стенозами артерий брахиоцефального ствола были выявлены достоверные корреляции между уровнем ХС ЛПНП и стенозами ОСА ($R=0,5$, $p<0,001$), ОХ и стенозами ОСА ($R=0,6$, $p<0,001$), фВ и стенозами ОСА ($R=0,6$, $p<0,001$), D — димером и стенозами ОСА ($R=0,4$, $p<0,001$),ХС ЛНП и стенозами ВСА ($R=0,46$, $p<0,001$), ОХ и стенозами ВСА ($R=0,44$, $p<0,001$),фВ и стенозами ВСА ($R=0,35$, $p<0,001$), D — димером и стенозами ВСА ($R=0,28$, $p<0,001$), ХС ЛНП и стенозами ПКА ($R=0,3$, $p<0,001$), ОХ и стенозами ПКА ($R=0,27$, $p<0,001$).

Таким образом, наиболее тесная взаимосвязь со степенью выраженности атеросклеротического пораже-

нияартерий брахиоцефальногостволабыла выявлена для ХС ЛНП, ОХ и фВ.

Выводы. У больных ишемической болезнью сердца при прогрессировании атеросклероза артерий брахиоцефальногоствола наблюдается увеличение уровня D-димера, сопровождающееся активацией каскада коагуляции и фибринолиза, и повышение уровня фактора Виллебранда, свидетельствующего о дисфункции эндотелия.Вышеуказанные изменения сопровождаются дальнейшим усугублением нарушений липидного обмена, что, в конечном, итоге, будет способствовать развитию ишемического инсульта или транзиторных ишемических атак в данных сосудистых бассейнах. В связи с этим у каждого пациента с ишемической болезнью сердца целесообразно, наряду с определением уровня показателей липидного обмена, оценивать состояние системы гемостаза с целью осуществления своевременной профилактики сосудистых катастроф.

0624

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко А.О., Щукин Ю.В.

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

Цель. Изучить безопасность длительной терапии варфарином у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий с генетических позиций.

Методы исследования. В исследование включен 91 больной ИБС с постоянной формой фибрилляции предсердий, имеющий 1 и более баллов по шкале CHA2DS2VASC. Всем пациентам для профилактики тромбоэмболических осложнений назначался варфарин с целевым диапазоном уровня МНО от 2 до 3, проводилось исследование генетических полиморфизмов CYP2C9, а также VKORC1 C1173T и G3730A. Оценивалась частота развития геморрагических осложнений на фоне терапии варфарином в течение 1 года наблюдения.

Полученные результаты. На фоне терапии варфарином геморрагические осложнения развились у 10 (11%) пациентов, из них 2 случая (2,2%) желудочно-кишечного кровотечения и 8 случаев (8,8%) малых геморрагических осложнений, таких как 2 случая макрогематурии, 2 случая кровотечения после экстракции зуба и 4 случая развития подкожных гематом. Все вышеперечисленные кровотечения на фоне приема варфарина были зарегистрированы при уровне МНО, превышающим пределы терапевтического диапазона (более 3). Среднее значение уровня МНО у всех больных, принимавших варфарин, в период поддерживающего лечения составило 2,55 с диапазоном значений от 1,47 до 5,1. При этом за время терапии процент нахождения уровня МНО в терапевтическом диапазоне составил 62,5%.

При сравнении пациентов с геморрагическими осложнениями и пациентов без них, достоверные различия были выявлены только для наличия мутантной гетерозиготы гена CYP2C9 Ile359Leu (CYP2C9*1/*3) (p=0,01). Наличие генотипа CYP2C9*1/*3 коррелировало с развитием геморрагических осложнений на фоне терапии варфарином (R=0,47, p=0,0006).

Выводы. Длительная терапия варфарином ассоциируется с увеличением общей частоты развития геморрагических осложнений на 11% в год, при этом больших кровотечений — на 2,2% в год. Наличие генотипа цитохрома P450 2C9 *1/*3 повышает риск развития геморрагических осложнений на фоне терапии варфарином, что требует тщательного контроля при лечении этим препаратом у данных пациентов.

0625

ЖИДКОСТНЫЕ ПРОСТРАНСТВА МИОКАРДА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО И ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ИНГИБИТОРА АПФ ЭНАПА В ХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

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

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: изучить закономерности изменения жидкостных пространств миокарда при моделировании хронического стресса с различным вегетативным обеспечением и влияние на эти изменения ингибитора АПФ энапа.

Материалы и методы исследования: в I серии — модель хронического адренергического стресса (АС), — 20 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг; во II серии — модель хронического холинергического стресса (ХС), — 20 крысам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг; в III серии — модель хронического АС с коррекцией энапом — 20 крысам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводился адреналин 50 мкг/кг и энап 20 мкг/кг; в IV серии — модель хронического ХС с коррекцией энапом — 20 крысам на протяжении 2 недель трижды в сутки вводился прозерин 20 мкг/кг и энап 20 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Контрольную группу составили 20 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессорным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) объема внеклеточного пространства (ВКП). Статистическая обработка проводилась с использованием программы «Ststistica 6,0».

Результаты исследования: через 2 недели введения адреналина плотность ВКП значительно увеличилась по сравнению с контрольной серией в обоих желудочках (в ЛЖ с 6,83±0,30об.% до 16,62±1,06об.%.; $p<0,05$, а в ПЖ с 6,09±0,30об.% до 13,04±0,33об.%; $p<0,05$). В сериях, в которых крысам 2 недели одновременно с адреналином вводился энап, плотность ВКП практически не отличалась от значений ВКП в I серии эксперимента (12,35±1,88об.% в ЛЖ, $p>0,05$ и 10,36±1,23об.% в ПЖ, $p>0,05$) как в ЛЖ так и в ПЖ. При ХС плотность ВКП увеличивалась особо значимо в ПЖ, с 6,09±0,33 об% (в контрольной серии) до 18,2±1,22об.% ($p<0,05$). Через 2 недели одновременного введения прозерина и энапа значительных отличий от II серии также не выявлено. То есть,при хроническом АС и ХС введение энапа не приводит к протективному эффекту в отношении развития ремоделирования сердца. Известно, что ремоделирование миокарда, как правило, начинается с жидкостных пространств и отсутствие эффекта от введения энапа ставит под сомнение возможность регресса ремоделирования миокарда: улучшения микроциркуляции, снижения плотности коллагена, уменьшения дистрофических и апоптотических изменений кардиомиоцитов.

0626

ВЛИЯНИЕ ЭНАПА НА СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АОРТЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО И ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Рубанова М.П.,[1] Вебер В.Р.,[1] Жмайлова С.В.,[1] Губская П.М.,[1] Карев В.Е.,[2] Атаев И.А.,[1] Кулик Н.А.[1]

[1]ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород. Россия

[2]ФГБУ НИИ Детских инфекций ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: исследовать структурные изменения аорты при моделировании хронического адренергического стресса.

Материалы и методы исследования: при моделировании хронического адренергического стресса (АС) 20 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель трижды в сутки интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Контрольную группу составили 20 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессорным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 9 полях зрения в медии аорты у каждой крысы во всех сериях эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) объема внеклеточного пространства (ВКП). Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов — критерий Фридмана-Кендалла.

Результаты исследования показали, что в медии аорты при моделировании хронического адренегрического стресса наблюдалось значительное увеличение объема ВКП: медиана (М) в контроле составила 13,5 об.%; через 2 недели введения адреналина — 21,03 об.% (χ^2=10,939, p=0,0009), через 2 недели введения

прозерина — 21,88 об.% (χ^2=13,63, p=0,0026). То есть, по сравнению с контролем плотность ВКП увеличена в 1,6 раза при АС и ХС. При исследовании протективного эффекта энапа на медию аорты при обоих вариантах стресса наблюдалась совершенно парадоксальная реакция, труднообъяснимая с позиций современных представлений о фармакологическом действии ИАПФ. При моделировании хронического АС с введением энапа плотность ВКП увеличилась до 28,67 об.% (χ^2=5,565, p=0,018 по сравнению с контролем), холинергического — до 26,45 об.% (χ^2=8,968, p=0,03 по сравнению с контролем) — практически в 2 раза в обоих случаях. Если учесть, что в клинике ИАПФ часто применяются с протективной целью, полученные результаты требуют осмысления и подтверждения другими исследовательскими группами, поскольку уточненный результат важен для клиники.

0627

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Рудакова О.М.

Тюменская Государственная Медицинская Академия, Тюмень, Россия

Цель. Изучить функциональное состояние почек лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и нарушениями углеводного обмена. Методы исследования. Проведены клинико-функциональные исследования (антропометрические данные, жалобы, анамнез жизни и анамнез заболевания, данные объективного обследования); лабораторные исследования (определяли: креатинин, мочевую кислоту, остаточный азот, микроальбуминурию (МАУ), рассчитывали клиренс креатинина (ККр) по формуле Кокрофта-Голта и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD). Результаты исследования. В исследовании приняли участие 3 группы больных пожилого возраста: 1-ая группа (основная) — 46 пациентов с АГ в ассоциации с ИБС и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ); средний возраст в группе составил 67,7±2,3 лет; 2-ая группа — 42 больных АГ и ИБС; средний возраст больных во 2-ой группе — 68,70±2,0 лет; 3-я группа — 38 больных с АГ, ИБС и СД 2 типа; средний возраст пациентов составил 69,1±9,0 лет. В ходе исследования установлено, что показатели МАУ в группе больных с АГ и ИБС в среднем составляли 32,93±39,34 мг/сут.; у больных АГ, ИБС и НТГ-27,09±26,96 мг/сут., в группе АГ, ИБС и СД 2 типа уровень МАУ составил-54,12±80,41 мг/сут., (p>0,05). При анализе уровня остаточного азота в группе АГ и ИБС, средняя величина составила — 27,00±15,42 мкмоль/л, что достоверно больше (p<0,05), чем у больных с АГ, ИБС и НТГ — 21,48±4,19 мкмоль/л; в группе больных АГ, ИБС и СД 2 типа — 20,17±5,20 мкмоль/л, что достоверно (p<0,001) меньше, чем основной группе. Среднее значение креатинина у больных с АГ и ИБС — 96,08±35,17 мкмоль/л, тогда как в группе больных АГ, ИБС и «предиабетом» — 93,13±20,84 мкмоль/л.; в 3-ей группе — 81,50±17,24 мкмоль/л, что достоверно ниже (p<0,05), чем в основной группе. Среди больных пожилого возраста с АГ, ИБС и НТГ, а также АГ+ИБС и АГ+ИБС+СД 2 типа встречались больные со сниженной фильтрационной функцией почек (ККр <60 мл/мин): 15%, 15,8% и 16,7% соответственно. В основной группе больных с АГ, ассоциированной с ИБС и «предиабетом» достоверно выше (p<0,05) средний уровень ККр — 86,01±26,08 мл/мин, чем в группе больных с АГ и ИБС — 73,89±21,48 мл/мин; в группе больных с АГ, ИБС и СД 2 типа уровень ККр составил — 78,50±25,0 мл/мин. Среднее значение СКФ в основной группе больных составило 64,25±20,56 мл/мин/1,73 м2, в группе АГ и ИБС — 67,53±21,25 мл/мин/1,73 м2; у больных АГ, ИБС и СД 2 типа — 70,17±18,19 мл/мин/1,73 м2;(p>0,05). При этом СКФ<60 мл/мин/1,73м2 установлена у 25% больных 1-й группы, 15,8% — 2-й группы и 50% — 3-ей. Корреляционный анализ в основной группе больных выявил прямую взаимосвязь между уровнем креатинина и МАУ(r= 0,77; p<0,01). Выводы. Проведенные исследования показали, что гипергликемия оказывает неблагоприятное влияние на почечные структуры. Высокая частота бессимптомного течения «предиабета» определяет необходимость включения в клиническое обследование данной категории пациентов теста толерантности к глюкозе, расчет клиренса креатинина и скорости клубочковой фильтрации для выявления пациентов группы риска с низкой клубочковой фильтрацией и повышенным сердечно-сосудистым риском.

0628

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ФОРМИРОВАНИИ СТЕНОЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Румбешт В.В., Маркина В.В., Беспалова О.Ф., Новыйдарскова И.Н., Олейник Л.Н., Феоктистова Т.Н., Петрова И.В.

Кардиохирургический центр ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: оценить роль дислипопротеидемии (ДЛП) в генезе аортального стеноза (АС) и возможности профилактики и своевременной терапии.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное изучение случаев АС по данным медицинских карт Кардиохирургического центра ГБУ РО «РОКБ» за 2005-2012 гг. Больные обследовались согласно стандартам ведения больных с пороками сердца.

Результаты: Проанализированы 144 случая АС, составившие 16 % всех случаев поражений клапанного аппарата за анализируемый период. По гендерному признаку преобладали пациенты мужского пола (71%). Средний возраст больных составил 56,5±19,6 лет (от 22 до 73 лет). 95% пациентов подверглись хирургической коррекции. Анализ генеза АС выявил преобладание случаев дегенеративных поражений клапанов (34,4%) над инфекционным эндокардитом (ИЭ) и хронической ревматической болезнью сердца — 23,6% и 22,5 % соответственно. На долю врожденных аномалий пришлось 12%, другие поражения клапанов составили 7,5%. Особенностями АС инфекционной природы являлись стертость клинической картины (вплоть до отсутствия указаний в анамнезе), выявление абсцессов корня аорты за кальцинозом при ревизии аортального клапана и уточнения генеза интраоперационно или при аутопсии. При анализе липидного спектра крови в общей группе больных с АС выявлена ДЛП с повышением индекса атерогенности (ИА) (4,3±2,2) и уровня липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП+ЛПОНП) 4,7±2,1 ммоль/л. При анализе липидограмм по подгруппам отмечено менее выраженные изменения в липидном спектре у пациентов с врожденными аномалиями (ИА=3,1±1,02) в сравнении с ИА в подгруппе дегенеративных поражений (ИА =4,7±3,8), тогда как в подгруппе ИЭ он составил 4,4±3,1. Таким образом, полученные данные могут свидетельствовать о едином патогенезе формирования аортального стеноза при дегенеративном и воспалительном вариантах, что и указывает на целесообразность применения статинов в группе больных с формирующимся АС, учитывая плеотропные эффекты этой группы препаратов. Нами назначался аторвастатин в средней дозе 20-40 мг в сутки.

Выводы. АС остается самым «хирургическим» пороком сердца. Выявленные изменения липидного спектра крови могут носить патогенетический характер в формировании АС. Своевременная коррекция нарушений липидного обмена может служить средством профилактики развития АС, а также средством медикаментозной терапии при начальных проявлениях АС.

0629

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Румбешт В.В., Можаев И.В., Козикин В.Н., Артющенко Ф.П., Беспалова О.Ф., Маркина В.В., Можаев С.В., Янченко А.Л.

Кардиохирургический центр ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: выявление особенностей течения инфекционного эндокардита (ИЭ) у лиц с наркотической зависимостью.

Материалы и методы: Проведено проспективное изучение 18 случаев развития ИЭ правых камер сердца у лиц с наркотической зависимостью по данным медицинских карт за период 2008-2012 г. В 100% случаев выполнялась трансторакальная эхокардиоскопия, выявившая недостаточность трикуспидального клапана вплоть до тотальной. Проводился динамический анализ гемокультур, исследование крови на инвазивные микозы. Больным назначалась антибактериальная терапия (АБТ), все пациенты были оперированы — выполнялось протезирование трикуспидального клапана биологическим протезом «Биолаб», «Перикор», «Юнилайн» в условиях искусственного кровообращения (ИК) и на параллельном ИК. Выполнялась обязательная морфологическая и микробиологическая оценка удаленного интраоперационного материала (нативный клапана, тромбы, эмболы) для уточнения этиологии заболевания.

Результаты: Среди пациентов преобладали мужчины (69%). Средний возраст больных составил 26,8± 4,69 лет. На момент поступления все пациенты отрицали активную внутривенную наркоманию, тогда как детализация анамнеза указывала на ее активность в 73% случаев. Отмечено сочетание ИЭ с вирусным гепатитом С (у 67% больных). В 50 % случаев течение заболевания было расценено как течение с высокой активностью, сопровождалось развитием полисегментарной септической пневмонии, анемии тяжелой степени. При микробиологическом исследовании гемокультур и резецированных клапанов лишь у 20% больных был выделен возбудитель, среди них — Ps.aeruginosa, Str.pyogenus и сочетание Pediococcus pentosaceus и дрожжеподобных грибов рода Candida. Больные получали преимущественно эмпирическую АБТ. Несмотря на имевшуюся высокую активность заболевания (в 50% случаев) все пациенты были оперированы. Госпитальная летальность составила 0 %. В послеоперационном периоде отмечено улучшение состояния, повышение толерантности к физическим нагрузкам, купирование септического процесса.

Выводы: В последние годы отмечен рост числа пациентов с наркотической зависимостью. Особенностями течения ИЭ у этой категории больных являются первичность ИЭ, быстрота развития заболевания, полиорганность поражения (вовлечение легких, сосудистые осложнения). Положительный эффект комбинированного кардиохирургического и медикаментозного лечения, клиническое улучшение состояния больных приводит к недооценке тяжести своего состояния, что реализуется в нежелании последующего наблюдения, соответственно в отсутствии катамнестических данных о судьбе этих пациентов.

0630

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГЕНА ФИБРИЛЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МАРФАНА

Румянцева В. А., Рогожина Ю. А, Богопольская О. М., Зверхановская Т. Н., Чарчян Э. Р., Заклязьминская Е. В.

ФГБУ « РНЦХ им.акад. Б.В. Петровского» РАМН, Москва

Введение: Синдром Марфана (СМ) является наследственным, аутосомно-доминантным заболеванием, характеризующимся генерализованным поражением соединительной ткани (частота 2-3 на 10 000 человек), обусловленное дефектами синтеза фибрилина. Возраст манифестации заболевания, количество аномалий и их сочетание широко варьируют как внутри семьи, так и между семьями. Подтвердить диагноз можно путем выявления сегрегации патогномоничных признаков болезни в семье и идентификации мутации в гене FBN1 Кластерное расположение мутаций в экзонах 24-32, ассоциированных с тяжелой формой СМ, указывает на важную роль данного региона в осуществлении функций белка.

Цель работы: молекулярно-генетическое исследование при СМ позволит провести уточняющую диагностику для профилактики кардиогенной внезапной смерти (разрыв и расслоение аневризмы аорты) у родственников, выбор тактики лечения, назначение геноспецифической терапии и оценить риск передачи заболевания детям.

Клинические исследования и методы: в течение 3 лет было обследовано 298 пациентов с наследственными дисплазиями соединительной ткани, применяя клинико-генеалогические и инструментальные методы (ЭКГ, ЭХО-КГ, ДС сосудов). Согласно Гентовским критериям, принятым в 1996 и 2010 годах, 28 пациентам был установлен диагноз СМ. ДНК-диагностика гена FBN1 выполнена 19 неродственным пациентам и включала прямое секвенирование по Сенгеру кодирующих участков и прилегающих интронных областей 24-32 экзона гена FBN1.

Результаты. Замена p.C921R в 24 экзоне идентифицирована у пробанда с классическим вариантом СМ и ее дочери, 11лет, с «невыполненными» международными критериями. Неонатальную форму СМ у пациента 3 месяцев, подтвердили обнаружив замену в 26 экзоне p.I1048T. При этой тяжелой форме заболевания сердечно-сосудистые осложнения, требуют хирургического вмешательства в детском возрасте (до 16 лет). Данная замена приводит к нечувствительности к гепарину, что необходимо учитывать, при проведении обязательной антикоагулянтной терапии у таких больных. Изменение белка приводит к аномалии развития лицевой части черепа, ушей и врожденным контрактурам суставов. В этом случае мутация возникла de novo, поскольку она не была обнаружена у клинически здоровых родителей пробанда и риск повторного рождения больного ребенка минимальный. Биоинформатический анализ проведен с помощью ресурсов Chromas, NetGene2, PolyPhen2, показан патологический характер замен, что также подтверждают литературные данные.

Заключение: Молекулярно-генетические исследования должны быть внедрены в практическую работу специализированных кардиологических и кардиохирургических центров и отделений при оценке риска внезапной смерти, выбора тактики лечения, назначении геноспецифической терапии.

0631

ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ УСТРОЙСТВА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ: ОПЫТ 10 ЛЕТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Рычков А.Ю., Дубровская Э.Н., Дюрягина Е.Л., Харац В.Е., Ярцева И.А.

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

Цель работы: оценить эффективность применения имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКД) в лечении желудочковых тахиаритмий при первичной и вторичной профилактике внезапной сердечной смерти (ВСС).

Материалы и методы: В клинике Тюменского кардиологического центра с 2003г. по 2012г. находились на диспансерном наблюдении 199 пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД), из них у 103 (51,7%) пациентов имплантированы системы сердечной ресинхронизирующей терапии с функцией ИКД. Срок наблюдения составил от 2 до 130 месяцев. Возрст пациентов от 24 до 86 лет. С целью первичной профилактики ВСС ИКД и комбинированные системы были имплантированы 162 (81%) пациентам, у большинства больных ранее были зарегистрированы эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии. Для вторичной профилактики ВСС проведено 37 (18,6%) имплантации.

Результаты исследования: За период наблюдения умерло 36 (18,0%) пациентов. Из группы первичной профилактики — 33 (16,5%) пациента, из группы вторичной профилактики — 3 (1,5%) пациента. Основная причина смерти — декомпенсация сердечной недостаточности. У 4-х пациентов (2,0%) выполнена деимплантация в связи с нагноением ложа ИКД. За время наблюдения срабатывания ИКД зарегистрированы у 69 пациентов, из них шоковая терапия — у 42 пациентов, антитахикардитическая стимуляция (АТС) — у 8 пациентов, комбинированная терапия (АТС и шок) — у 19 человек. Эффективные срабатывания ИКД зарегистрированы у 42 пациентов: 98 шоковых разрядов (42 эпизода фибрилляции желудочков и 56 эпизодов желудочковой тахикардии), 1303 эпизодов желудочковой тахикардии купировано АТС. У 28 (14,0%) пациентов отмечены немотивированные срабатывания ИКД.В группе пациентов с первичной профилактикой ВСС эффективные срабатывания ИКД зарегистрированы у 29 пациентов (18,3%): 38 шоковых разрядов (27 эпизодов фибрилляции желудочков у 11 пациентов и 52 эпизода желудочковой тахикардии у 20 пациента), 17 АТС с целью купирования желудочковой тахикардии у 10 пациентов (у большинства пациентов регистрировались и ФЖ и ЖТ, купирующиеся комбинированной теапией). В группе вторичной профилактики ВСС эффективные срабатывания ИКД зарегистрированы у 15 пациентов (40,5%): 32 шоковых разрядов и 1277 эпизодов желудочковой тахикардии купированны АТС у 8 пациентов. Эффективные шоки и АТС чаще регистрировались в группе пациентов вторичной профилактики ВСС (40,5%), чем в группе пациентов первичной профилактики ВСС (18,3%, p=0,006). По типу срабатывания в группе пациентов первичной профилактики ВСС преобладали эффективные шоковые разряды ИКД (69% срабатываний), в то время как в группе пациентов вторичной профилактики ВСС АТС (98 % зарегистрированных срабатываний, p<0,001).

Выводы: Имплантация ИКД является высокоэффективным методом вторичной и первичной профилактики ВСС в реальной клинической практике.

0632

ДИССИНХРОНИЯ МИОКАРДА И ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рычков А.Ю., Кузнецов В.А., Хорькова Н.Ю., Криночкин Д.В.. Мельников Н.Н., Дюрягина Е.Л.

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

Цель работы: Изучить взаимосвязь внутри- и межжелудочковой диссинхронии, выявленной с помощью эхокардиографии (ЭХОКГ), с критериями высокого риска внезапной кардиальной смерти у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы: В анализ включено 162 пациента с ХСН (143 мужчины и 19 женщин, средний возраст 56,5±9,7 лет), среди них 118 больных (73%) с диагнозом ИБС, 44 (27%) — с неишемической кардиомиопатией (КМП). У всех пациентов наблюдалось снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) — менее

35% или 35-45% при наличии угрожающих жизни желудочковых аритмий. Оценивались такие факторы риска, как функциональный класс (ФК) ХСН по классификации NYHA, наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ), желудочковых тахикардий (ЖТ), ФВ ЛЖ.

Результаты: По результатам ЭХОКГ признаки диссинхронии отмечены у 35% (56 из 162) пациентов, при этом частота выявления диссинхронии при неишемической КМП составила 50%, при ИБС — 29% (p<0,01). Большинство больных относились ко II и III ФК ХСН. Взаимосвязи ФК с наличием или отсутствием диссинхронии не выявлено, в том числе и в обеих подгруппах. ПБЛНПГ встречалась достоверно чаще у пациентов с признаками диссинхронии (48% и 8%, p<0,001), вне зависимости от диагноза. ЖТ регистрировалась у 37% обследованных больных, при этом взаимосвязи ЖТ с диссинхронией не обнаружено. По данным ЭхоКГ при наличии диссинхронии у пациентов с ХСН более выражена дилатация полости, за счет конечного диастолического диаметра левого желудочка, сопровождающаяся меньшей ФВ ЛЖ. При наличии признаков диссинхронии миокарда ФВ ЛЖ составила 30,3±4,6%, а при отсутствии 32,3±4,9% (p<0,05). У больных с неишемической КМП ФВ ЛЖ при диссинхронии была 29,2±5,1%, при ее отсутствии — 34,6±5,5% (p<0,01). В подгруппе пациентов с ИБС значимых различий ФВ ЛЖ не выявлено.

Выводы: Дисссинхрония миокарда была ассоциирована с наличием ПБЛНПГ у всех пациентов и со снижением ФВ ЛЖ только в подгруппе с неишемической КМП. Не выявлено взаимосвязи диссинхронии с наличием ЖТ и ФК ХСН.

0633

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ НИКОРАНДИЛ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ III ФК

Рябихин Е.А., Можейко М.Е., Красильникова Ю.А.

Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн, Ярославль

Актуальность. У больных с высоким ФК стенокардии резко снижается качество жизни. Антиишемические цитопротекторы, такие как никорандил, способны позитивно влиять на ишемизированный миокард и улучшать физическую и психологическую составляющие качества жизни данной когорты пациентов.

Цель исследования. Изучить влияние терапии препаратом кординик (никорандил, фирма-производитель ООО «ПИК-ФАРМА» (Москва) на динамику качества жизни у больных ИБС: стабильной стенокардией III ФК.

Материал и методы. В исследование включено 58 пациентов ИБС: стабильной стенокардией III ФК. Средний возраст — 74,6±6,2 года. Анализ качества жизни проводился исходно на фоне стандартной терапии и через 6 месяцев после добавления к лечению препарата кординик по 10 мг 3 раза в день. Использовался Сиэтловский опросник для больных стенокардией.

Результаты. У пациентов исходно отмечалось выраженное снижение показателей качества жизни. Через 6 месяцев после начала лечения препаратом никорандил выявлены достоверные (p<0,05) позитивные изменения. По шкале ограничения физичекой активности отмечено увеличение с 24,4±3,1% до 32,4±2,5%; шкале стабильности стенокардии с 55,7±6,3% до 68,2±7,2%; шкале частоты стенокардии с 43±5,1% до 67,4±6,9%; шкале удовлетворенности лечением с 70,4±6,1% до 85,2±3,1%; уровень восприятия болезни с 69,4±5,1% до 75,2±6,1%. Кординик ни у одного из пациентов не вызвал серьезных нежелательных эффектов. Из нежелательных реакций отмечались: головная боль (6,9%- 4 человека), снижение АД до 90 мм рт. ст. систолического артериального давления с появлением головокружения (5,2% — 3 пациента).

Выводы. Добавление к основной схеме терапии больных ИБС препарата кординик позволяет положительно влиять на физическую и психологическую составляющие качества жизни данной когорты пациентов. Препарат обладает хорошей переносимостью.

0634

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Рябов В.В , Киргизова М.А., Попонина Ю.С., Марков В.А., Попов С.В.

ФБГУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель: изучить отдаленные результаты трансплантации АМККМ при ОИМ.

Материалы исследования: в открытое, рандомизированное исследование, зарегистрированное на сайте Clinicaltrials.gov. под названием «ESTABOMA», включено 57 больных, поступивших с первичным ОИМ в 2003-2006 гг. в ОНК НИИ кардиологии. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — проведено стентирование ИСКА и трансплантации АМККМ на 7-21 сутки (n=25), 2-я группа — стентирование ИСКА на 7-21 сутки (n=32), исходно группы были сопоставимы по клинико-анамнестическим характеристикам. Подробный протокол исследования представлен на сайте Clinicaltrials.gov и в ранее опубликованных статьях. Через 8,23±0,72 лет после ОИМ выполнена оценка клинического состояния, физикальный осмотр, проведен ТШХ, эхокардиография на ультразвуковой системе «VIVID 7, GE Vingmed Ultrasound, Norway», определен уровень BNP с помощью панели Triage BNP Test на анализаторе «Triage Meter», Biosite. Конечными точками определены следующие события: смерть, повторный инфаркт миокарда (ПИМ), нестабильная стенокардия, ХСН›I ФК, ОНМК. Для статистической обработки использовали программу «Statistica v. 10.0». Данные представлены в виде n (%), M±SD либо Me (25;75).

Результаты: из 57 включенных пациентов получена информация о жизненном статусе 40 больных (70%), обследование прошло 32 пациента (56%), 8 — умерло (14%). За истекший период частота развития клинически значимых аритмий в обеих группах была одинаковая (5% против 5%), жизнеугрожающие аритмии не наблюдались. Частота новых онкологических заболеваний была также одинаковая (5% против 5%) в обеих группах. При анализе частоты развития ПИМ, ОНМК, ХСН›I ФК и толерантности к физическим нагрузкам достоверных различий между группами не выявлено. В 1-й группе летальность была выше по сравнению со 2-й (36% против 5%, p=0,014). В 1-й группе в 4 случаях — сердечная смерть (21%), в 1 случае — ОНМК (5%), причина смерти 2 больных точно неизвестна (10%). В 2-й группе умер 1 пациент вследствие онкологического заболевания. Важно отметить, что все умершие пациенты перенесли передний распространенный ОИМ, имели многососудистый коронарный атеросклероз. В контрольной группе за период наблюдения достоверна больше была частота госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии (58% (11) против 19% (4) в основной группе, p 0,0035). При анализе объемных параметров сердца достоверных отличий по группам не выявлено (КДИ (61,7±11,7 мл/м^2 против 67±22,2 мл/м^2), КСИ (28,9±9,2 мл/м^2 против 33,25±16,9 мл/м^2), и по ФВ (В-режим) (51±5,6% против 51,5±12,9 %) группы были сопоставимы. Из анализа объемных параметров сердца были исключены 4 пациента с исходно неблагоприятным вариантом развития постинфарктного ремоделирования сердца. По уровню BNP между группами значимых различий не выявлено (157 (65,7; 173) против 204,7 (39,4; 252,5) пг/мл).

Заключение: таким образом, не выявлено позитивного влияния трансплантации АМККМ на отдаленные клинические результаты, глобальную сократимость, структурное состояние сердца.

0635

ХАРАКТЕРИСТИКА СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХНЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Савво И. Д.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМНУ», г. Харьков

Цель работы — установить совокупность факторов риска (ФР) и нарушений липидного спектра крови, влияющих на неблагоприятное течение артериальной гипертензии у подростков (АГ). Проведено комплексное обследование 94 юношей в возрасте 13-18 лет с разными формами АГ: 38 — с первичной АГ (ПАГ), 25 — с АГ и избыточной массой тела (ИМТ) и 30 с АГ и ожирением (О). Изучена частота различных факторов риска (ФР), в

том числе низкая масса тела при рождении — НМТр (‹2,5кг) и избыточная масса тела при рождении — ИМТр (›4 кг), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ОНссз), ожирению (ОНо), сахарному диабету (ОНсд), признаки гиподинамии и чрезмерных спортивных нагрузок, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя), факторы пищевого риска (избыточное потребление соли, предпочтение в рационе питания животных жиров, сдобы). Оценивали липидный спектр крови по уровню общего холестерина (ОХ), альфа-холестерина, триглицеридов(ТГ), коэффициента атерогенности (КА). Определена взаимосвязь ФР с нарушениями липидного спектра крови методом байесовой статистики.

Установлено, все признаки атерогенных дислипопротеидемий (ДЛП): высокий уровень общего холестерина (ОХС), снижение альфа-ХС, гипертриглицеридемия (ГТГ) во всех группах АГ ассоциируются с ОНссз. При этом у подростков в ПАГ наряду с выявленной гиперхолестеринемией и гипертриглицеридимией имела место ОНссз в сочетании с чрезмерными спортивными нагрузками (относительный риск — ОР = 29,79). У подростков с АГ на фоне ИМТ с подобными вариантами атерогенных ДЛП — ОНссз ассоциировалась с ОНсд и ОНо. Также установлено, все признаки атерогенных ДЛП в группе ПАГ ассоциируются с НМТр (ОР = 7,25 — 23,6), только ГТГ ассоциируется как с НМТр так и с ИМТр (ОР = 8,14 — 28,0). У подростков с АГ и О пониженный уровень альфа-ХС в сочетании с ГТГ ассоциируется с избыточным употреблением сдобы, курением и употребелнием алкоголя (пива) — ОР=13,2.

Таким образом, наиболее значительное накопление факторов риска выявлено у подростков с АГ, ассоциированной с атерогенными ДЛП, особенно в группе исследуемых с избыточной массой тела и ожирением, что может способствовать неблагоприятному течению АГ в дальнейшем. Среди них значительную часть составляют модифицированные факторы риска (избыточная масса тела с периода пубертата, вредные привычки, гиподинамия, нерациональное питание), появление которых можно предупредить или ликвидировать имеющиеся путем формирования здорового образа жизни в семье с раннего возраста ребенка.

0636

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Савинова Е.Б., Соколова Л.А., Сердюков С.В., Неженцева Е.Л.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Гипертензивные состояния у беременных представлены хронической АГ (ХАГ), гестационной (ГАГ) АГ и преэклампсией (ПЭ). При этом особенности ремоделирования сердечно-сосудистой системы у беременных женщин с АГ остаются неуточненными. В последнее время появились исследования, свидетельствующие о том, что при любой АГ беременных женщин, в том числе гестационной, развивается ремоделирование сердечно-сосудистой системы

Цель работы: определение характера и степени выраженности изменений сердечно-сосудистой системы у беременных женщин с ГАГ.

Методы исследования: обследовано 106 беременных женщин с АГ, средний возраст составил 26,1±1,7 года, сроки беременности 28-32 недель. При клинико-лабораторном исследовании у всех пациенток была исключена вторичная симптоматическая АГ. Тип АГ уточнялся через 12 недель после родов. ГАГ выявлена у 42 (40%) , ХАГ — у 64 (60%). Группу контроля составили 30 беременных женщин с нормальными значениями АД. Всем пациенткам во время беременности проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ЭХО — кардиографическое (ЭХО-кг) исследование на аппарате «SIEMENS G 50», определение функции эндотелия сосудов пробой с реактивной гиперемией на аппарате Endo-PAT 2000 («ITAMAR), исследование мочи на наличие микроальбуминурии (МАУ).

Полученные результаты: среднесуточное САД и ДАД у беременных с ГАГ по данным СМАД составило 120,0±6,6 мм. рт. ст. и 70,8±4,7 мм. рт. ст., с ХАГ — 125,0±9,5 мм. рт. ст. и 71,0±8,6 мм. рт. ст. (p‹0,05), у беременных женщин без АГ –107,2±6,4мм. рт. ст. и 64,1±4,6мм. рт. ст. соответственно (p*‹0,05).

Индекс времени АГ у беременных женщин с ГАГ составил 10,0±4,7 мм. рт. ст., с ХАГ- 25,0 ±10,0 мм. рт. ст. (p‹0,05) и 4,4±3,0 мм. рт. ст. у пациенток без АГ (p*‹0,05). Концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ) было выявлено в 29% случаев у беременных с ГАГ и в 42% с ХАГ , ГЛЖ — в 26% случаев у пациенток с ХАГ. У беременных женщин без АГ изменения геометрии ЛЖ, выходящие за пределы нормы, не выявлены. МАУ определялась в 8% случаев у беременных с ГАГ , в 33% — с ХАГ, и у 1 пациентки без АГ (3%) . Дисфункция эндотелия (ДЭ) выявлена у 42% пациенток с ГАГ, у 62% — с ХАГ и у 27%- без АГ.

Заключение: среди обследованных групп беременных женщин с АГ 40% составили пациентки с ГАГ. У обследованных беременных женщин с ГАГ выявлены изменения сердечно-сосудистой системы (КРЛЖ, МАУ, ДЭ), характерные для АГ, но в меньшей степени выраженности, по сравнению с пациентками с ХАГ.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости наблюдения выделенной группы пациенток в послеродовом периоде у терапевта, кардиолога для оценки динамики измененных показателей сердечно-сосудистой системы и определения дальнейшей врачебной тактики.

Примечание: р- достоверность различий между показателями у исследуемых беременных женщин с хронической и гестационной АГ, р* — достоверность различий между показателями у исследуемых беременных женщин с гестационной АГ и без АГ.

0637

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Савинова Е.Б., Соколова Л.А., Сердюков С.В., Неженцева Е.Л.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Согласно классификации ВНОК 2010г у беременных женщин различают хроническую артериальную гипертензию (ХАГ), гестационнуюАГ (ГАГ), преэклампсиюи сочетание ХАГ с преэклампсией. При этом, развитие АГ в ряде случаев сопровождается ремоделированием сердечно-сосудистой системы. Однако, динамика структурных изменений миокарда при АГ во время беременности и после родов остается неуточненной.

Цель работы: анализ динамики структурных изменений миокарда при различных формах АГ во время беременности и после родов.

Методы исследования: обследовано 130 беременных женщин с АГ в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст 26,1±1,7 года) в сроки беременности 28-32 недель. При клинико-лабораторном исследовании у всех пациенток была исключена вторичная симптоматическая АГ. Всем беременным проводили двукратное измерение офисного АД, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ЭХО — кардиографию (ЭХО — КГ). Через 12 недель после родов всем пациенткам проводилось повторное обследование с целью уточнения формы АГ и динамики сердечно-сосудистых изменений.

Полученные результаты: среднесуточное САД и ДАД у беременных с ХАГ по данным СМАД составило 125,0±9,5 мм. рт. ст. и 71,0±8,6 мм. рт. ст., с ГАГ — 120,0±6,6 мм. рт. ст. и 70,8±4,7 мм. рт. ст. ($p<0,05$).Индекс времени АГ (ИВАГ) у беременных женщин с ХАГ составил 25,0 ±10,0 мм. рт. ст., с ГАГ — 10,0±4,7 мм. рт. ст. ($p<0,05$). У беременных женщин с ХАГ в 26% случаев была выявлена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и в 42% случаев концентрическоеремоделирование левого желудочка (КРЛЖ). У 33 % пациенток с ГАГ выявлено КРЛЖ. При повторном обследовании через 12 недель после родов у пациенток с ХАГ сохранялись повышенные значения среднесуточноеСАД и ДАД (124,6±8,3 мм рт. ст. и 69,6±9,8 мм рт. ст. соответственно), ИВАГ (23,5±19,0 мм рт. ст.). У пациенток с ГАГ отмечалось достоверное снижение данных показателей (116,1±6,8 мм рт. ст., 68,0±5,0 мм рт. ст. и 6,6±4,0 соответственно, $p^*<0,05$). У беременных женщин с ГАГ было выявлено достоверное уменьшение массы миокарда (ММЛЖ) и индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) через 12 недель после родов по сравнению со значениями во время беременности (153,5±8,5 г и 140,9±8,5г ; 79,4±10,0 г/м^2 и82,4±9,5 г/м^2 соответственно $p^*<0,05$). У беременных с ХАГ различия между значениями ММЛЖ и ИММЛЖ (191,5±10,0г и 192,5±10,0г; 89,9±7,5 г/м^2 и 90,9±9,0 г/м^2 соответственно $p^*>0,05$)во время беременности и после родов были не достоверны.

Заключение: у обследованных беременных женщин с ХАГ на фоне сохранения АГ отмечено отсутствие значимой динамики ремоделирования миокарда после родов, что подтверждает прогрессирующий характер заболевания и делает необходимым их дальнейшее наблюдение у кардиолога.

Примечание: р — достоверность различий между показателями у исследуемых беременных женщин с хронической и гестационной АГ, р* — достоверность различий между показателями во время беременности и после родов.

0638

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА В ВОЗРАСТЕ ДО 40 ЛЕТ И СТАРШЕ

Сагатов И.Е.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования — применить шкалу EuroSCORE у пациентов с приобретенными пороками клапанов сердца, оперированных в возрасте до 40 лет и старше, и оценить полученные результаты.

Материал исследования. Перед хирургической операцией были обследованы 58 пациентов с приобретенными изолированными и комбинированными пороками клапанов сердца в возрасте до 40 лет (21 пациент) и старше (37 пациентов), находившихся на стационарном лечении в ННЦХ им. А.Н. Сызганова (клиническая база АГИУВ) в 2011-2013 годах.

Средний возраст пациентов до 40 лет на момент операции составил 26,7±4,8 лет, а средний возраст пациентов старше 40 лет — 51,6±2,9 лет. В первой группе среди пациентов преобладали лица женского пола (60%), во второй — лица мужского пола (58,3%). Всем пациентам выполнено протезирование митрального и/или аортального клапанов в сочетании с аннулопластикой трехстворчатого клапана или без него. В нескольких случаях дополнительно выполнялась атриопластика левого предсердия по Кавазое, тромбэктомия из левого предсердия и ушка левого предсердия, а также РЧА и пластика ДМПП.

Результаты. Статистический анализ логистических показателей шкалы EuroSCORE показал, что у пациентов с клапанными пороками сердца независимо от течения послеоперационного периода в возрасте до 40 лет они были значительно ниже, чем у пациентов, перешагнувших этот возрастной рубеж: 3,2±2,3 против 6,9±1,1 (p=0,045). Установлено, что это связано с высокой частотой факторов риска у пациентов старшей возрастной группы, таких как снижение ФВ системного желудочка, легочная гипертензия различной степени, перенесенный «свежий» инфаркт миокарда и поражение периферических артерий.

Выводы. Наши исследования также подтверждают результаты многих публикаций о том, что шкала EuroSCORE достаточно информативна в целях прогнозирования послеоперационных осложнений у больных с приобретенными пороками клапанов сердца. У пациентов старше 40 лет в связи с наличием факторов риска, часто увеличивающихся с возрастом, степень операционного риска сравнительно высокая.

0639

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Садыкова А.Р.,[1] Шамкина А.Р.,[1] Ахметзянова Е.Ф.[2]

[1]ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

[2]ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Казань, Россия

Цель: изучить распределение поражений органов-мишеней (ПОМ) у женщин в зависимости от уровня артериального давления (АД).

Материал и методы. Обследована группа из 332 женщин-жительниц г. Казани. Контрольную группу составили 56 женщин в возрасте 29-59 лет (44,0±6,9 лет) с нормальным АД (‹130/85 мм рт. ст.) и без указания на подъемы АД в анамнезе. Клиническую группу составили 276 женщин в возрасте 21-59 лет (46,1±7,1 лет) с длительностью артериальной гипертензии (АГ) 0,5 года — 45 лет (14,0±9,7 лет). Пациентки были распределены на группы в соответствии с классификацией ВНОК (2010): с высоким нормальным АД (ВНАД) — 63 человека, с АГ I — 65 человек, с АГ II — 72 человека, с АГ III — 76 человек. Средний возраст пациенток с АГ — 46,7±7,1 лет. Обследованным проводились анкетирование, физикальное, биохимическое (содержание сывороточного креатинина), инструментальное исследование. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) определялась по электрокардиографическому (ЭКГ) (индекс Соколова-Лайона более 38 мм) и эхокардиографическому (ЭХО-КГ) (индекс массы миокарда левого желудочка более 110 г/м2) признакам. Клиренс креатинина вычислялся по формуле Кокрофта-Гаулта. Определялись градации (в процентах) и средние значения изученных факторов. Для оценки значимости различий распределения в группах использовался критерий χ^2, средних значений —

критерий t Стьюдента.

Результаты. Среди обследованных в группе пациенток с АГ III, по сравнению с группой пациенток с ВНАД, значимо (по критерию χ^2) более часто встречаются ПОМ (56,6% vs 17,5%, p<0,001), в том числе ЭКГ- (15,2% vs 0%, p<0,01) и ЭХО-КГ- (66,7% vs 26,3%, p<0,001) признаки ГЛЖ, и отмечается значимо (p<0,001 по критерию t Стьюдента) более высокое среднее значение суммарного количества ПОМ (0,6±0,6 vs 0,2±0,4).

Вывод. Среди женщин 21-59 лет высокая степень АГ ассоциируется со значимо (p<0,001 по критерию χ^2) большей частотой встречаемости ПОМ, в том числе ЭКГ- и ЭХО-КГ-признаков ГЛЖ, и значимо (p<0,001 по критерию t Стьюдента) более высокими средними значениями их суммарного количества.

0640

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Садыкова А.Р.,[1] Шамкина А.Р.,[1] Есин А.П.[2]

[1]ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

[2]ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Казань, Россия

Цель: изучить распределение ассоциированных клинических состояний (АКС) у женщин в зависимости от уровня артериального давления (АД).

Материал и методы. Обследована группа из 332 женщин-жительниц г.Казани. Контрольную группу составили 56 женщин в возрасте 29-59 лет (44,0±6,9 лет) с нормальным АД (‹130/85 мм рт. ст.) без указания на подъемы АД в анамнезе. Клиническую группу составили 276 женщин в возрасте 21-59 лет (46,1±7,1 лет) с длительностью артериальной гипертензии (АГ) 0,5 года — 45 лет (14,0±9,7 лет). Пациентки были распределены на группы согласно классификации ВНОК (2010): с высоким нормальным АД (ВНАД) — 63 человека, с АГ I — 65 человек, с АГ II — 72 человека, с АГ III — 76 человек. Средний возраст пациенток с АГ — 46,7±7,1 лет. Обследованным проводились анкетирование, физикальное, биохимическое (содержание сывороточного креатинина; определение клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта) и инструментальное (электрокардиография, ультразвуковые исследования сердца и почек, допплерография сосудов головного мозга) исследование. Определялись градации (в процентах) и средние значения изученных факторов. Для оценки значимости различий распределения в группах использовались критерий χ^2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений — критерий t Стьюдента.

Результаты. Среди обследованных в группе пациенток с АГ III, по сравнению с группой пациенток с ВНАД, значимо (по ТМФ) более часто встречаются АКС (22,4% vs 0%, p<0,001), в том числе инсульты (10,5% vs 0%, p<0,01) и стенокардия (13,2% vs 0%, p<0,02), и отмечается значимо (p<0,001 по критерию t Стьюдента) более высокое среднее значение суммарного количества АКС (0,25±0,49 vs 0,00±0,00).

Вывод. Среди женщин 21-59 лет высокая степень АГ сопровождается значимо (p<0,001 по ТМФ) большей частотой встречаемости АКС, в частности инсультов и стенокардии, и значимо (p<0,001 по критерию Стьюдента) более высокими средними значениями суммарного количества АКС.

0641

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИОКАРДИТА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С

Самоделкина Д.Л., Буданова В.А., Каньязова Л.А., А.В. Кадыкова

ФГБУ ФЦ ССС Минздрава России, Астрахань

В литературе редко упоминается вирус гепатита С, как причина острого миокардита. Пациентка Н. 38 л больной себя считает с начала февраля 2012г, когда стала лихорадить до 39 С в течении нескольких дней, затем потемнела моча. Имел место контакт с больным гепатитом А, при обращении к инфекционисту госпитализирована. Получила лечениев отделении вирусных гепатитовс 9.02.12г по6.03.2012г. Выписана с диагнозом вирусный гепатит С в фазе репликации, генотип 3А, умеренная активность (кровь на HCV: IgM + IgG обнаружены). Резкое ухудшение 21.03.12г, когда впервые появилась одышка, сердцебиение, боли в эпигастрии. Вновь

госпитализирована с подозрением на острый холецистит.

При дальнейшем обследовании выявлены нарушения ритма — узловой ритм, признаки декомпенсации кровообращения и больная переведена в кардиологическое отделение. На ЭХО от 27.03.12г — КДР 43 мм, ФВ 60%, небольшое расширение обоих предсердий, недостаточность трикуспидального клапана 4 степени, давление в легочной артерии 55 мм рт ст. 28.03.12г выполнена пункция и дренирование правой плевральной полости, эвакуировано 900 мл серозной жидкости. В анализах — АСТ 80Ед/л, АЛТ 113 ЕД/л, СОЭ 9 мм/ч, лейкоциты 6.4 х 10/л. 1.04.2012г развился пароксизм НЖТ с паузами асистолии до 2.5 сек. Выполнена имплантация временного ЭКС, и больная транспортирована для имплантации постоянного ЭКС. В ФЦ ССХ выполнено ВСЭФИ 05.04.12г — регистрируется ускоренный ритм из А.В. соединения, электрическая активность в левом и правом предсердиях не регистрируется. На ЭХО –КДР 40 мм, ФВ 55%, дилатация правого предсердия, регургитация на МК 1 степени, на ТК 2-3 степени, СДЛА 25 мм ртст. На КТ грудной клетки с контрастированием — сердце расположено обычно, перикард без особенностей, правое предсердие умеренно дилатировано, данных за ТЭЛА нет, гидроторакс справа 400 мл. На ХМ-экг 9.04.2012г ускоренный узловой ритм с ЧСС 90 — 125, значимые паузы не зарегистрированы. После выписки беспокоила слабость, утомляемость,субфебрилитет до 37.5С, дискомфорт в области сердца, вновь наросла одышка. Была госпитализирована в стационар, повторно выполнена правосторонняя плевральная пункция.

После выписки состояние стабилизировалось — одышка не беспокоила, но сохранялись отеки на ногах, принимала ежедневно мочегонные препараты. Осенью 2012г. после перенесенной ОРВИ состояние ухудшилось — наросла одышка, участились нарушения ритма, появились предобморочные состояния на фоне редкого пульса. ХМ от 1.12.2012года — основной ритм узловойс ЧСС 35 — 87, зарегистрировано 207 пауз более 2 сек., максимальная 2.8 сек. На ЭХО в ФЦ ССХ в феврале 2013г — увеличиласьрегургитация на МК до 2степени, регургитация на ТК 2-2,5 степени, давление в ЛА до53 мм ртст. На УЗИ брюшной полости — признаки гепатоспленомегалии. Выполнена имплантация однокамерного ЭКС.

Выводы: имеется четкая связь с вирусной инфекцией гепатита С, признаки поражения миокарда — нарушения ритма и проводимости, увеличение размеров сердца, застойная сердечная недостаточность.

Ретроспективно можно выставить диагноз — острый вирусный (гепатит С) миокардит, тяжелая форма. Осложнения: СССУ: узловой ритм. НК III, ФКIII.

0642

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕРТЕНИЛОМ

Саморукова Е.И., Малиничева Ю.В., Адашева Т.В., Горшкова О.Н, Данилова Н.В.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия.

Цель: изучить состояние системного воспаления и уровень дисфункции эндотелия у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне терапии мертенилом.

Методы исследования: Нами обследовано 40 пациентов с ХОБЛ II-IV стадии (GOLD, 2013) в период ремиссии. Критериями включения в исследования было отсутствие у пациентов сердечно-сосудистой патологии и наличие дислипидемии (ВНОК 2012), отсутствие терапии глюкокортикоидами. Средний возраст больных составил 64,1±7,64 лет. Базисная терапия ХОБЛ не менялась на протяжении всего времени исследования и включала комбинацию антихолинергических препаратов (ипратропия бромид, тиотропия бромид) и бета2-адреномиметика (фенотерол). Пациентов разделили на 2 группы, первой группе (21 человек) назначался Мертенил® (розувастатин, Гедеон Рихтер) в дозировке 5-10 мг в течение 6 месяцев, другая группа (19 человек) была контрольной. Всем пациентам исследовался уровень высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) — маркера системного воспаления и уровень молекулы сосудистой адгезии первого типа (vascular adhesion molecule — 1, VCAM-1) — показателя дисфункции эндотелия, до и после терапии розувастатином. Безопасность терапии оценивалась по данным функции внешнего дыхания, суточной пульсоксиметрии — напряженность кислорода (SPO2). С помощью опросника госпиталя Святого Георгия оценивалась активность симптомов ХОБЛ, их влияние на качество жизни пациентов.

Полученные результаты: По данным опросника госпиталя Святого Георгия, через 6-месяцев лечения Мертенилом® пациенты отметили уменьшение выраженности симптомов ХОБЛ (Δ-20%) и уменьшение ограниче-

ния физической активности (Δ25,4%) (p<0,05) (точный критерий МакНемара). В контрольной группе изменений не обнаружено. Отмечено статистически значимое снижение на 23,5 % количества обострений ХОБЛ на фоне терапии Мертенилом® (p<0,05). При проведении суточной пульсоксиметрии статистические показатели выборки SPO2 (Me [k25%;75%]) составили 93,7[82,1; 96,0]%. После терапии Мертенилом® показатель SPO2 увеличился до 94,7 [87,8; 97,1]%, были выявлены статистически значимые различия (p=0,0035) (двусторонний Т-критерий Вилкоксона). На фоне терапии Мертенилом® отмечено статистически значимое (p=0,002) увеличение показателей ОФВ1 (ΔMe составила 5,2%). У пациентов, принимающих Мертенил® происходило снижение уровня VCAM-1: до лечения значения VCAM-1составили 1066,6 [870,7; 1380,9] нг/мл, после лечения — 795,7 [670,3; 1020,6] нг/мл с высокой статистической значимостью различий (p<0,001). Уменьшился уровень высокочувствительного СРБ, значения СРБ до лечения были 8,5 [5,8;11,8] мг/л, после лечения СРБ 3,9 [2,27; 6,2] мг/л, (p<0,001).

Выводы: Продемонстрированы противовоспалительное, эндотелий-корригирующее эффекты Мертенила® (розувастатин, Гедеон Рихтер) у больных ХОБЛ. Также показана способность розувастатина оказывать модулирующие эффекты на течение ХОБЛ — уменьшение количества обострений ХОБЛ, улучшение легочной функции и оксигенации.

0643

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ГОРОДА БАРАНОВИЧИ

Сапотницкий А.В.,[1] Мощенко Ю.П.[2]

[1]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

[2]УЗ «Барановичская детская городская больница», Барановичи, Республика Беларусь

Целью исследования стало изучение распространенности и структуры заболеваний сердца и сосудов у детей и подростков, состоящих на диспансерном учете кардиоревматологического кабинета детской городской поликлиники города Барановичи и барановичского района в 2010-2012 годах.

Методы исследования. Был проведен анализ медицинской документации: годовых статистических отчетов и амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники №1 Баранович за период 2010-2012 годов.

Результаты и обсуждение. Ведущее место в нозологической структуре детей, состоящих на диспансерном учете занимают врожденные пороки сердца (ВПС). Число детей с данными патологическими состояниями имеет тенденцию к возрастанию: так, на учете состояло 284 ребенка в 2010 году (что составило 76,1% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 298 детей в 2011 (75,6%), 300 детей в 2012 (79,8%).

Важное место в работе кардиоревматолога занимают дети с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Под наблюдением в 2010 году состояло 35 детей с этими патологическими состояниями (9,4% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 42 ребенка в 2011 году (10,7%) и 28 детей в 2012 году (7,5%). Снижение числа детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости в 2012 году можно объяснить совершенствованием технологий кардиохирургии, в частности радиочастотной аблации, что ведет к излечению причин аритмий у ряда детей и к последующему снятию их с диспансерного учета. Системные заболевания соединительной ткани также составляют значительную часть работы кардиоревматолога. Число этого вида заболеваний (ювенильный ревматоидный артрит, острая ревматическая лихорадка, другие диффузные болезни соединительной ткани) было следующим: 20 детей в 2010 году (5,4% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 22 ребенка в 2011 году (5,6%), 23 в 2012 (6,1%). С подтвержденной артериальной гипертензией на учете состояло 15 детей в 2010 году (4%), 18 в 2011 (4,6%) и 10 детей в 2012 году (2,7%).

Выводы. Анализ нозологических форм позволил установить, что ведущее место в работе кардиоревматологического кабинета занимают дети и подростки с ВПС. Также существенное место занимают дети с нарушениями ритма и проводимости, системные заболевания соединительной ткани, артериальная гипертензия. Постоянный анализ структуры заболеваемости важен для улучшения обследования и лечения детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и оптимизации работы кардиоревматолического кабинета.

0644

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ И АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТЫ ЛЕВОВРАЩАЮЩЕГО ИЗОМЕРА АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВО

Саушкина С.В., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: сравнить влияние обычного амлодипина (рацемического) и левовращающего изомера амлодипина на показатели суточного профиля артериального давления (АД) и коронарный резерв у больных, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), и страдающих артериальной гипертензией (АГ) в сочетании ИБС.

Материал и методы. Обследовали 123 больных (73 мужчин и 50 женщин) в возрасте от 43 до 64 лет (55,2±4,7 лет), спустя 2-3 недели после ЧКВ. Больные были рандомизированы на 2 сопоставимые группы: в 1-й группе (48 больных) назначали препарат левовращающего изомера амлодипина Эс Корди Кор и во 2-й группе (75 больных) — рацемический амлодипин Корди Кор. Стартовая доза препаратов в 1-й группе составила 2,5 мг/сут и во 2-й группе — 5 мг/сут. В исследование включали больных систолическим АД (САД) 140-160 мм рт.ст. и/или диастолическим АД (ДАД) 90-99 мм рт.ст. и стабильным течением ИБС с воспроизводимыми при физической нагрузке ангинозными приступами. В 1-й группе 13 больных (27,1%) в анамнезе имели инфаркт миокарда и во 2-й группе — 21 больной (28,0%). До и через 6 недель после лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД) и холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ.

Результаты. Исходные среднесуточные показатели САД и ДАД в группах различались недостоверно ($p>0,05$). В процессе лечения у некоторых больных титровали доз препаратов и, в результате в 1-й группе суточная доза ЭсКорди Кора составила 4,5±1,0 мг и во 2-й группе суточная доза Корди Кора — 7,3±2,3 мг ($p<0,001$). По данным СМАД, в обеих группах достоверно уменьшились показатели САД и ДАД днем, ночью и в сутки, а также степени ночного снижения САД и ДАД и индексы времени нагрузки САД и ДАД. Различия этих показателей в группах недостоверно. Хотя выявлены некоторые различия в динамике развития антигипертензивного эффекта на фоне курсового лечения и суточной продолжительности этого эффекта. Так, в 1-й группе стабильное и максимальное снижение показателей САД и ДАД наступило через 10-14 дней от начала лечения, а во 2-й группе — через 2-3 недели. Кроме того, в 1-й группе отношение остаточного гипотензивного эффекта на максимальный эффект (индекс t/p) составило 64,1±8,3% и во 2-й группе — 56,9±6,7% (p,0,05). По данным ХМ ЭКГ, максимальная депрессия сегмента ST при болевой ишемии в 1-й группе уменьшилась на 45,2% ($p<0,001$) и составила 1,24±0,23 мм и во 2-й группе — 36,5% и 1,33±0,31 мм ($p<0,01$). Частота сердечных сокращений (ЧСС) во время болевой ишемии миокарда, вызванной физической нагрузкой, в 1-й группе составила 138±11 в минуту и во 2-й группе — 124±9 в минуту ($p<0,05$). Важно отметить, что на фоне лечения ЧСС в 1-й группе изменилась от — 5 до + 7 уд/мин и в среднем имела тенденцию к увеличению на 4,5% ($p>0,05$), а во 2-й группе — на 8,7% ($p<0,05$), различие между группами недостоверно.

Выводы. Показано, что у больных, перенесших ЧКВ, левовращающий изомер амлодипина по сравнению с рацемическим амлодипином обладает наиболее оптимальным антигипертензивным и антиишемическим эффектами.

0645

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ТОМСКЕ И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Свербеева М.Г.,[2] Попонина Т.М. [1]

[1]ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России, [2]ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить назначение гипотензивных препаратов больным артериальной гипертензией, наблюдаемых в поликлиниках Томска и Томской области.

Материал и методы: Проведено добровольное анонимное анкетирование 82 участковых терапевтов и кардиологов Томска и Томской области для анализа назначения гипотензивных препаратов. По данным анализа амбулаторных карт 914 амбулаторных пациентов г. Томска и 717 пациентов Томской области была изучена реальная практика назначения гипотензивной терапии.

Результаты. По данным анкет врачей частота назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фактора (иАПФ) составила 94,8%, диуретиков — 95,6%, бета-адреноблокаторы (БАБ) — 91,3%, антагонистов кальциевых каналов (АКК) — 79,1%, блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) — 20,9%, фиксированных комбинаций -3,5%. По данным анализа амбулаторных карт частота назначения иАПФ составила 64,2%, диуретиков — 47,8%, БАБ — 29,9%, АКК — 27,3%, БРА — 0,8%, фиксированных комбинаций — 12,3%.. В классе иАПФ преобладал эналаприл. По данным села значимо чаще применялся лизиноприл. Среди АКК в 95% назначений составил нифедипин короткого действия. Среди диуретиков преобладал индапамид. В классе БАБ преобладал метопролола тартрат. В пять раз чаще врачами села назначался нерекомендуемый в настоящее время атенолол. Значимо выше было применение комбинированных резерпинсодержащих препаратов и клонидина у пациентов сельских поликлиник. Приверженность к гипотензивной терапии составила 78,9%. Среди причин недостаточной приверженности лидировала забывчивость. Экономический фактор и большое количество препаратов указали 14% респондентов. Остальные пациенты назвали ухудшение самочувствия на фоне лечения либо страх перед побочными эффектами. Значимо возрос процент достижения целевых значений АД по сравнению с 2009г. с 25% до 40%.

Выводы. Между частотой назначения гипотензивных препаратов, которое было получено при анкетировании врачей и анализе амбулаторных карт пациентов с АГ, установлены значительные расхождения в сторону завышения со стороны врачей. Назначение гипотензивных препаратов в реальной клинической практике часто не соответствует европейским рекомендациям.

0646

СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ III-IV ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Свиряев Ю. В., Коростовцева Л. С., Козлова С. Н., Сазонова Ю. В., Козленок А. В., Маликов К. Н., Конради А. О., Шляхто Е. В.; ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Работа выполнена при финансовой поддержке Федерального агентства по науке и инновациям в рамках ФЦНТП «Исследования и разработки по приоритетным направлениям развития научно-технического комплекса России на 2007-2012 годы» (Государственный контракт № 02.527.11.0007 от 30 апреля 2009 года), в рамках деятельности научного консорциума SICA-HF (EC 7th Framework Programme (FP7/2007 — 2013), grant agreement № 241558.

Цель исследования — оценить состояние систолической функции у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) III-IV функционального класса в зависимости от вида нарушений дыхания во сне.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 60 человек, из них 53 мужчин и 7 женщин, медиана возраста 57 (54,4-59,4) лет. У 45 больных ХСН являлась следствием ишемической болезни сердца, у 15 — вследствие кардиомиопатий различного генеза. Больным проводилось полное полисомнографическое исследование (Embla N7000, Natus, USA), а также эхокардиографическое исследование (GE Vivid 7, Norway) по стандартному протоколу. Диагностика нарушений дыхания во сне проводилась в соответствии с рекомендациями американской ассоциации специалистов медицины сна (2009). Тип апноэ определялся по преобладанию одного из видов апноэ: ≥ 50 % обструктивных — синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС); ≥ 50 % центральных — синдром центрального апноэ во сне (СЦАС); при наличии обоих типов апноэ сопоставимой степени выраженности диагностировали смешанное апноэ во сне. Статистический анализ выполнялся с помощью тестов Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни.

Результаты. Систолическая функция была снижена у всех больных, и фракция выброса (ФВ) в В-режиме составила 25 ± 6 %. Отсутствие нарушений дыхания во сне [индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) менее 5 эпизодов в час сна] было зарегистрировано у 8 больных [1 женщина и 7 мужчин, медиана возраста 60,7 (46,8-74,2) года], СОАС — у 23 больных [5 женщин и 18 мужчин, медиана возраста 55 (48,3-56,2) лет], СЦАС — у 8 мужчин (медиана возраста — 57 (52,2-60,8) лет], и синдром смешанного апноэ выявлялся у 22 пациентов [1 женщина и 21 мужчина, медиана возраста — 58 (56,9-62,5) лет] (χ^2= 16,3; p=0,001). Группы были сопоставимы по возрасту (χ^2=0,2; p=0,9), ФВ (Simpson) (χ^2=5,3; p=0,1) и числу принимаемых диуретиков (χ^2=1,3; p=0,7). При попарном сравнении ФВ различия выявлялись только между больными без нарушений дыхания во сне и больными с СЦАС [33 % (27,7-37,7) и 26 % (21,8-28,6) соответственно, p<0,001].

Заключение. Таким образом, у пациентов с высоким функциональным классом ХСН чаще выявляется

СОАС. Больные СЦАС характеризуются более выраженным снижением систолической функции, по сравнению с пациентами без нарушений дыхания.

0647

ВЛИЯНИЕ ОЧАГОВ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Сеидбеков О.С., Сафаров М.А.

АзГИУВ им. А. Алиева, Центр стоматологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования. Определение объема, методов и критериев специализированной стоматологической помощи у пациентов на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы исследования. Было проведено обследование больных на базе Республиканской Клинической Больницы им. Академика Мир-Касимова с наиболее распространенными заболеваниями сердечно-сосудистой системы: ревматизм, ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. Для сравнительной оценки полученных результатов была создана контрольная группа практически здоровых лиц.

Общее количество обследуемых больных составило 900, из них 100 — больные с ревматизмом, 100 — с ишемической болезнью сердца, 100 — с гипертонической болезнью, 300 — с нейроциркулярной дистонией, а 300 обследуемых составили контрольную группу практически здоровых лиц. Для интегральной оценки влияния очагов одонтогенной инфекции на общее состояние выявлен метаболический статус организма на основании определения количества веществ средней и низкой молекулярной массы (ВСНММ) и олигопептидов (ОП) в крови. Для сравнительной оценки учитывались результаты нескольких вариантов и методов проведенных санаций. В основном были применены 4 варианта санации полости рта: резекция корня зуба; удаление зуба, санация пародонтальных карманов; комплексное применение всех вариантов.

Результаты и обсуждение. В амбулаторно-поликлинических условиях большинство (89,5±3,3 %) одонтогенных челюстно-лицевых флегмон (86 больных), зарегистрированных у взрослого населения возникли на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы. На каждые 100 больных приходится 13,9±3,7% с ревматизмом, 29,1±4,9% с нейроциркуляторной дистонией, 40,7±53% с гипертонической болезнью, 47,7±5,4% с ишемической болезнью сердца. Для полного излечения челюстно-лицевых флегмон в амбулаторно-поликлинических условиях курс терапии составил в среднем 11,5±2,5% дней. При этом срок лечения зависел от наличия и вида соматических патологий больных. Так, по срокам лечения челюстно-лицевых флегмон на фоне ишемической болезни сердца, ревматизма и гипертонической болезни (соответственно 17,6±3,2%; 14,5±2,5% и 13,0±2,0% дней) по сравнению с флегмонами на фоне нейроциркуляторной дистонии (7,0±2,4% дней) выявлено статистически достоверные высокие показатели. Санация очагов одонтогенных инфекций на фоне ишемической болезни сердца является причиной повышения трудоспособности по случаям 16,7%-26,2%, а по дням 9,9-21,7%.Таким образом, явно выявляется значимая роль санации ротовой полости в сохранении трудоспособности. Следовательно, в амбулаторно-поликлинических условиях санация очагов одонтогенных инфекций, как с медицинской, так и с экономической точки зрения выгодна.

Заключение. В настоящее время профилактика повреждений, формирующих очаги одонтогенной инфекции, санация существующих патологических очагов и улучшение качества жизни считаются самыми важными проблемами, решение которых стоит во главе целенаправленных государственных программ здравоохранения.

0648

СОДЕРЖАНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО АНТАГОНИСТА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Семенова А.Н., Байда А.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

На сегодняшний день роль цитокинов в патогенезе сердечной недостаточности подтверждена. Однако исследование рецепторного антагониста интерлейкина-1 (ИЛ-1АР) в крови больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) как с точки зрения ранней диагностики, так и оценки тяжести ХСН по-прежнему пред-

ставляет научный интерес.

Целью исследования было определить содержание ИЛ-1АР в сыворотке крови пациентов с ХСН при ишемической болезни сердца (ИБС) и провести анализ его уровня у пациентов с различными функциональными классами (ФК) ХСН по NYHA.

Методы исследования. В исследование были включены 75 пациентов, из них 40 мужчин (53,3%) и 35 женщин (46,7%) и 10 практически здоровых лиц. Средний возраст обследуемых составил 60,0 (55,0; 65,0) лет, у мужчин — 58,0 (54,0; 63,0) лет, а у женщин — 61,0 (56,0; 66,0), при этом достоверных различий между мужчинами и женщинами по возрасту не выявлено (p=0,1). При оценке тяжести ХСН по классификации NYHA с учетом теста 6-минутной ходьбы ФК I был определен у 22 (29,3%) больных, ФК II — у 43 (57,3%), а ФК III — у 10 (13,4%).

Определение ИЛ-1АР в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем фирмы «Вектор-Бест» (РФ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 7.0. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й, 75-й квартили).

Полученные результаты. Концентрация ИЛ-1АР в сыворотке крови больных ХСН значительно выше, чем у практически здоровых лиц (p<0,05). При этом пациенты с ФК I, II и III ХСН по NYHA достоверно отличались между собой по содержанию ИЛ-1АР (p<0,001). Так у пациентов с ФК I уровень ИЛ-1АР составил 2253,2 (1790,3; 3385,6) пг/мл, с II — 5035,2 (3563,7; 7582,7) пг/мл, а с ФК III — 9712,7 (6607,1; 10127,4) пг/мл. Кроме того, более тяжелому ФК ХСН соответствуют более высокие концентрации в крови данного маркера. Это подтверждает и наличие корреляционной связи между величиной ФК по NYHA и уровнем ИЛ-1АР, коэффициент корреляции Спирмена r=+0,55, p<0,05

Выводы. Результаты исследования содержания рецепторного антагониста ИЛ-1 в сыворотке крови пациентов с ХСН, характеризующего длительность системного воспалительного процесса, указывают на существенное повышение его уровня у обследованных. Установленная взаимосвязь между содержанием ИЛ-1АР в сыворотке крови больных ХСН и величиной ФК ХСН по NYHA подтверждает и указывает на его большое значение, как в диагностике данной патологии, так и оценке тяжести сердечной недостаточности у пациентов с ИБС.

0649

ВЕРЯТ ЛИ ПАЦИЕНТЫ В «МИФЫ О ТАБЛЕТКАХ»?

Семенова О.Н., Наумова Е.А

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

Цель: оценить отношение пациентов с кардиальной патологией к проводимой лекарственной терапии.

Материалы и методы: в 2012 г. проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Вопросы анкеты были представлены утверждениями из стандартного опросника Horne R.(1999) “The Beliefs about Medicines Questionnaire”. В связи с отсутствием апробированной версии на русском языке, пациентам предложили оценить представленные утверждения по 5-бальной шкале суммарных оценок Р.Лейкерта: «абсолютно согласен», «согласен», «затрудняюсь ответить», «не согласен», абсолютно не согласен». При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента, а также вычислялся суммарный бал каждого респондента по всем суждениям.

Результаты. Приняло участие 92 пациента: 48(52,2%) мужчин и 44(47,8%) женщины, медиана возраста 64 года. У 76(82,6%) пациентов — артериальная гипертония, у 65(70,6%) — ИБС, у 42(45,65)- перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, у 65(70,7%) — ХСН. Процент не ответивших пациентов по каждому вопросу 1(18,5%)-23(25%) человек. «Согласны» пациенты с утверждениями: «прием препаратов беспокоит меня» — 30(32,6%), «я иногда боюсь стать зависимым от приема препаратов» — 34(36,9%), «я иногда боюсь эффектов препаратов при их длительном применении» — 31(33,7%), «моя жизнь была бы невозможна без приема препарата» — 34(36,9%), «мое здоровье в настоящее время зависит от приема препаратов» — 51(55,4%), «без таблеток я был бы очень болен» — 48(52,1%), «мое здоровье в будущем зависит от приема таблеток в настоящее время» — 50(54,5%), «мои препараты защищают меня от ухудшения» — 54(58,7%), «натуральные препараты более безопасны, чем таблетки» — 29(31,5%), «люди, принимающие таблетки, время от времени должны делать перерыв» 28(30,45), «врачи слишком верят в силу лекарственных препаратов»- 26(28,3%). «Не согласны» с утверждениями «прием препаратов нарушает мою жизнь» — 31(33,7%), «таблетки приносят больше вреда, чем пользы» — 38(41,3%) пациент. Затруднения в ответах вызвали следующие суждения: «если

бы у врача было больше времени на общение, он бы назначил меньшее число препаратов» — 26(28,2%) пациентов, «большинство таблеток вызывают зависимость» — 37(40,2%), «все таблетки потенциально ядовиты» — 28(30,4%), «мои таблетки — загадка для меня» 28(30,4%), «врачи используют слишком много таблеток» — 23(25%). При оценке каждого мнения пациента по 5-бальной шкале и вычислении медианы, выявлено, что 4 бала по шкале «Согласен» имеют утверждения: «прием препаратов беспокоит меня», «я иногда боюсь стать зависимым от приема препаратов», «я иногда боюсь эффектов препаратов при их длительном применении», «мое здоровье в будущем зависит от приема таблеток в настоящее время», «моя жизнь была бы невозможна без приема препарата», «без таблеток я был бы очень болен», «мое здоровье в будущем зависит от приема таблеток в настоящее время», «врачи слишком верят в силу лекарственных препаратов». 4 бала по шкале «Не согласен» получило утверждение: «таблетки приносят больше вреда, чем пользы». Выводы: По мнению большей части пациентов кардиологического стационара, лекарственные препараты способствуют увеличению продолжительности и улучшению качества жизни.

0650

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Семенова О.Н., Наумова Е.А.

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

Цель: на основании опроса пациентов с артериальной гипертонией оценить их приверженность к лечению.

Материалы и методы: в 2012 г. проводилось анкетирование пациентов с артериальной гипертонией об их терапии на амбулаторном этапе: ее постоянству, возможных причинах прекращения лечения. С помощью одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между характеристиками.

Результаты: приняло участие 76 пациентов с артериальной гипертонией (39(51,3%) мужчин и 37(48,7%) женщин), медиана возраста 64 года. Принимают назначенные препараты постоянно 57(75%) пациентов, курсами — 11(14,5%), иногда когда «прижмет» — 5(6,6%), 3(3,9%) не ответили. 39(51,3%) пациентов принимают 4 и более препарата одновременно, 17(22,4%) — 3 препарата, 5(6,9%) — 2 препарата, 3(3,9%) — 1 препарат, 12(15,8%) человек не ответили. Прекращали ранее назначенное лечение 57(75%) пациентов. Прекращали лечение 36(63,2%) из пациентов, ответивших, что принимают препараты постоянно, 10(90,9%) — из пациентов лечившихся курсами, все 5(100%) пациентов, принимающих препараты «когда прижмет». Причины прекращения терапии: хорошее самочувствие пациентов — 18(16,9%); материальные проблемы — 18(16,9%); побочные эффекты — 12(15,8%); сложный режим приема — 6 (7,9%); опасение возникновения побочных эффектов — 6(7,9%); препараты не улучшали самочувствие — 4(5,3%); существование более серьезных проблем, чем болезнь — 4(5,3%); не сложились отношения с врачом — 6(7,9%). Хорошее самочувствие — причина прекращения лечения у 12(33,4%) пациентов, которые ответили, что принимают препараты постоянно.

Выводы: большинство опрошенных пациентов отвечает, что принимает назначенные препараты постоянно. Но те же пациенты признаются, что иногда прекращали лечение. Хорошее самочувствие является одной из причин прекращения гипотензивной терапии.

0651

РАЗОЧАРОВАНИЯ И НАДЕЖДЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Семиголовский Н.Ю.

ФГБУЗ Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА РФ, Санкт-Петербург, Россия

Метаболизм, по меткому выражению известного зарубежного коллеги, — это потерянное дитя кардиологии. В последнее десятилетие найдены серьезные побочные действия у препаратов, длительно и широко использовавшихся в кардиологии (триметазидин, актовегин, милдронат, цитофлавин и т.д.), а также получены убедительные результаты рандомизированных контролируемых исследований эффективности ряда протекторов (глюкозо-калиево-инсулиновая смесь при остром коронарном синдроме, левокарнитин при остром инфаркте миокарда и др.).

В докладе рассматриваются теоретические вопросы терминологии средств метаболической терапии (цитопротекторы, антигипоксанты, антиоксиданты, адаптогены, стресс-протекторы и т.д.) и их классификации, включая авторскую.

Анализируются разочаровывающие данные о серьезных побочных эффектах милдроната (риск жирового гепатоза, рака печени), триметазидина (паркинсоноподобный синдром); актовегина, кортексина и церебролизина (прионная спонгиоформная энцефалопатия); ряда витаминов — Е, С, бета-каротен — (отсутствие кардиопротекции, инициация онкопатологии), этомоксира и пергекселлина (гипертрофия миокарда, гепатотоксичность). В последние годы Фармакологические комитеты ряда цивилизованных стран (США, Канада, Европа) уже резко ограничили и даже запретили применение на своей территории весьма популярных еще недавно препаратов.

На основе накопленного фактического материала последних лет рассматривается принципиальный вопрос: защищают ли или обезоруживают антиоксиданты при ишемии, раке и сепсисе?

Обсуждаются перспективность и аспекты безопасности применения в неотложной, стационарной и амбулаторной кардиологии субстратных антигипоксантов (фумарат- и сукцинатсодержащие препараты, глюкозо-калиево-инсулиновая смесь), регуляторных препаратов с тиреостатическим действием (левокарнитин, магний, глутоксим, бемактор), витаминов группы В (при гипергомоцистеинемии), мембранотропных (w-3 полиненасыщенные жирные кислоты, статины), а также заместительных — убихинон (коэнзим Q10, диметилсульфоксид, креатинфосфат, АТФ и др.) и комбинированных (цитофлавин, мексикор).

0652

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА И «МЯГКИЕ ОПИОДЫ»)

Семиголовский Н.Ю.

ФГБУЗ Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА РФ, Санкт-Петербург, Россия

Здоровье россиян продолжает ухудшаться, что приводит к сокращению численности населения примерно на 750 тысяч человек ежегодно. В 1990 г. уровень смертности в России был в 1,7 раза выше, чем в Германии, Великобритании, Голландии и Франции, а в 2003 г. в 2,3-2,6 раза. Согласно прогнозам Счетной палаты и ВОЗ, и в 2013 г смертность будет расти не меньшими темпами. Объясняется это главным образом заболеваниями сердечно-сосудистой системы, рост которых в определенной степени может быть обусловлен и применением НПВС.

И селективные ингибиторы ЦОГ-2, и традиционные НПВС вызывают снижение объемной скорости коронарного кровотока, а также рост сосудистого сопротивления и потребности миокарда в кислороде, что ведет к повышению артериального давления и увеличению риска ишемии миокарда. У гипертоников риски нарастают ввиду негативного влияния НПВС на действие ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, но не антагонистов кальция.

В современных ретроспективных когортных исследованиях выявлены риски госпитализации пожилых больных из-за нарастания сердечной недостаточности.

Анализ современных зарубежных рекомендаций по лечению боли за последнее десятилетие (76 источников) показывает различный подход к назначению препаратов главным образом из группы НПВС в разных странах. Основные особенности рекомендаций касаются степени ограничения применения избирательных ингибиторов циклооксигеназы-2 (коксибов) у больных с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными заболеваниями ввиду способности этих препаратов угнетать синтез простациклина — внутреннего дезагреганта и, по нашему представлению, антиаритмика.

Большие дозы неселективных НПВС также способны провоцировать желудочковые аритмии, по-видимому, по этому механизму. В 2010 г. в США был запрещен к применению аналгетик пропоксифен, которые принимали около 10 миллионов пациентов, ввиду вызываемых им жизнеопасных аритмий. Тогда же опубликовано предостережение относительно применения «мягкого» опиода трамала (рост риска суицида).

В докладе приводятся данные о провоцировании желудочковых аритмий у больных острым инфарктом миокарда при введении асписола.

Рассматриваются конкретные противопоказания к использованию коксибов у кардиологических больных и пациентов с рисками сердечно сосудистой патологии, приводятся кардиологические риски использования отдельных традиционных НПВС, являющихся предпочтительными в настоящее время у кардиологических пациентов.

0653

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Сергацкая Н.В., Гусаковская Л.И., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: оценка структурно-функциональных свойств артерий у больных сахарным диабетом 2 типа (СД) и артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени, страдающих СОАС и без нарушений дыхания во сне.

Методы исследования: в исследование было включено 68 пациентов с СД. Из них — 37 мужчин и 31 женщина в возрасте 54 (47; 60) лет. ИМТ составил 38,5±7,8 кг/м2. Средний уровень САД составил 148,3±13,6 мм рт.ст., ДАД — 90 (80; 95) мм рт.ст. Оценка степени нарушения дыхания во сне проводилась с помощью аппарата для кардио-респираторного мониторинга SOMNOcheck2 (Weinmann, Германия). По результатам обследования, пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 43 пациента с индексом апноэ-гипопноэ (ИАГ) менее 30 событий в час, группу 2 — 25 больных с ИАГ по данным КРМ более 30 событий в час (что соответствует клинически значимому нарушению дыхания во сне). Обследуемые были сопоставимы по возрасту, полу, росту, офисным значениям АД. Жесткость артерий оценивали методом объемной сфигмографии прибором VaSera-1000 («Fukuda Denshi», Япония) с определением скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте (PWV), по артериям преимущественно эластического типа справа и слева (R-PWV, L-PWV), по артериям мышечного типа (B-PWV), а также сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI1, L-CAVI1 ; CAVI2).

Результаты: сравнительный анализ полученных данных показал, что СРПВ по артериям преимущественно эластического типа справа (R-PWV) в группе 1 составила 16,2 (14,8; 17,5) м/с, в группе 2 — 16,25 (14,1; 17,95) м/с; слева (L-PWV) — 15,6 (14,2; 18,1) и 16,5 (15; 17,2) м/с, соответственно (нд). Скорость пульсовой волны по артериям преимущественно мышечного типа (B-PWV) у больных с клиническими проявлениями СОАС составила 6,9 (6,5; 7,6) м/с, у пациентов без эпизодов ночного апноэ — 7,3 (6,1; 8,7) м/с (нд). Значения PWV в группе 1 были статистически значимо ниже (7,05 (4,15; 10,25), по сравнению с группой 2 (9,9 (7,5; 10,9)) (p<0,05). У пациентов с тяжелой степенью СОАС среднее значение CAVI2 превышало соответствующие значения параметра у пациентов без клинических проявлений апноэ (7,65 (6,8; 9,3) и 6,05 (5,4; 7,45) (p<0,05)). По показателю L-/CAVI1, сравниваемые группы достоверно не отличались: в группе 1 CAVI1 справа составил 9,1 (7,9; 9,3), слева (L-CAVI1) — 7,85 (6,5; 9,8), в группе 2 — 9,3 (8,5; 10,4) и 9,1 (8,1; 9,2), соответственно (нд).

Выводы: развитие клинически выраженного синдрома ночного апноэ у больных с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией сопровождалось статистически значимым увеличением скорости пульсовой волны в аорте и сердечно-лодыжечного индекса.

0654

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ АРИТМИИ (ПО EHRA) У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Сергеева В.А., Яковлева Е.В., Александрова Н.Л., Майорова С.В.

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

Согласно отечественным рекомендациям по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (ФП) 2012 г. для удобства оценки тяжести клинических проявлений аритмии предложен индекс EHRA, который предполагает анализ только симптомов, связанных с ФП и проходящих или уменьшающихся после восстановления синусового ритма или эффективного контроля ЧСС. С учетомстепени выраженности данных симптомов в том числе, предусмотрены разные подходы в антиаритмической терапии, которая подразумевает либо контроль ритма (ТКР), либо контроль ЧСС.

С учетом оценки данного индекса у пациентов с ФП, уже получающих антиаритмическую терапию (ААТ) на амбулаторном этапе, возможно предположить, является ли данная терапия адекватной для пациентов. Нами обследованы 100 пациентов с ФП (58% — с персистирующей формой, 42% — с перманентной формой), находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии нескольких клинических больниц г. Саратова. Средний возраст пациентов составил 64,95±1,15 лет. Группы были сопоставимы по возрасту и половому составу. В каждой группе пациенты произведена оценка по индексу EHRA, для анализа ААТ на амбулаторном этапе

проанализирована архивная медицинская документация и проведено анкетирование пациентов.

В группе персистирующей ФП большинство пациентов (76%) отмечали выраженные симптомы аритмии(III — IVклассы по EHRA), ограничивающие повседневную активность. Число кардиоверсий (как электро — так и медикаментозных) в данной группе варьировалось от 1 до 31, составив в среднем 5,32±1,07 на одного пациента. На момент исследования только у 24% был синусовый ритм.Структура ААТ у этих пациентов на амбулаторном этапе оказалась следующей: 29% в качестве ТКР принимают амиодарон, β-блокаторы — 14% пациентов, 7% обследованных принимают соталол, большое число пациентов — 29% — получают в качестве ААТ дигоксин. Среди пациентов с аритмией на момент исследования у 39% отсутствовала ААТ на амбулаторном этапе вообще.В группе с перманентной формой ФП средняя продолжительность аритмии составила 7,97±1,05 лет. По EHRA только у 4% пациентов симптомы соответствовалиI классу, у 29% -II классу, выраженные симптомы (III –IV класс)отмечались у 67%.Пациенты с нормосистолической формой на момент исследования составили только 31%. В качестве ААТ для контроля ЧСС 19% пациентов в обследованной группе принимали β-блокаторы, дигоксин принимали 43% пациентов, 10% — амиодарон, 38% пациентов не получали никакой ААТ.

Выводы:В обеих группах пациентов с ФПпреобладают симптомы III и IV классов по EHRA, что совпадает с отсутствием адекватной ААТ на амбулаторном этапе. Среди пациентов с персистирующей формой ФП лишь у небольшого числа поддерживается синусовый ритм, что связано с отсутствием грамотной ТКР. В группе с постоянной ФПв большинстве случаев отсутствует адекватная терапия контроля ЧСС, что подтверждается низким % пациентов с нормасистолией на момент исследования.

0655

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

Сергеева С.С., Новожилова Н.В., Кузнецова Т.Ю.; ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Цель: изучить особенности течения ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сердечной недостаточностью с сохранной систолической функцией (СН с ССФ).

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов ИБС, у которых на основании симптомов и признаков заподозрена ХСН (средний возраст 61,76 лет, мужчин 72,45%).Выполнены: ЭКГ, эхокардиография, коронарография. ХСН с ССФ диагностировали при наличии симптомов, ЭКГ признаков, критериев диастолической дисфункции по соотношению волныЕтрансмитрального кровотока и диастолического подъёма основания левого желудочка (ЛЖ) (Em) согласно принятым рекомендациям. В качестве дополнительного критерия определяли мозговой натрий-уретический пептид (МНУП).

Результаты: Больные разделены на 2 группы. 1-ую группу, 50 человек, составили пациенты ИБС с ХСН с ССФ. Во 2-ую группу, 48 человек, включены пациенты с систолической сердечной недостаточностью (ССН). Группы сопоставимы по возрасту (средний возраст 60,76 и 62,56) и полу (мужчин 66% и 79,16% соответственно).Длительность анамнеза ИБС составила: до года 36% и 22,9%, от года до 4,9 лет — 34% и 16,67%, от 5 до 9,9 лет 24% и 29,16%, 10 лет и более — 12% и 31,25% соответственно по группам.Более половины пациентов СН с ССФ (64%)имели анамнез ИБС до 5 лет (n=32), в группе ССН 60,42% (n=29)– более 5 лет. Среди факторов риска в обеих группах преобладали АГ (90% и 87,5%), дислипидемия (96% и 100%), курение (46% и 50% соответственно). Одинаково часто встречался сахарный диабет (27% и 35,41%). Гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) чаще выявлялась у пациентов с СН ССФ (78% против 52,08%, p=0,007). При оценке теста 6-ти минутной ходьбы (Т6МХ) среди пациентов 1-ой группы более характерным было наличие I–IIфункциональный класс (ФК) ХСН (суммарно 90%), во 2-ой — IIIи IV ФК (52%). Среди пациентов 1-ойгруппы чаще встречалсяII ФК стенокардии (58%), 2-ой — IIIФК (45,83%). По данным коронароангио-графии в обеих группах преобладало прогностически неблагоприятное поражение коронарных артерий (трёхсосудистое и стволовое), однако в группе ССН достоверно чаще встречалось стволовое и трёхсосудистое поражение по сравнению с одно и двухсосудистым (p=0,01). Поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) в обеих группах встречалось одинаково часто. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе достоверно чаще встречался во 2-ой группе (96,83% против 76%, p=0,005). Q-ИМ всех локализаций в 1-ой группе встречались реже в 1,5 раза (57,9% против 84,8%), передней локализации — в 2,4 раза (21,05%), чем во 2-ой (50%). Частота повторных ИМ была ниже в 1-ой группе в 3,4 раза (15,79% против 54,75%).

Выводы: У пациентов СН с ССФ выявлен менее длительный анамнез и более благоприятная клиническая

картина ИБС, чем в группе ССН. Пациенты СН с ССФ имели более высокую толерантность к нагрузкам, как при оценке ФК стенокардии, так и ФК ХСН по Т6МХ. В группе пациентов ССНвысокая частота ОИМ в анамнезе, Q-ИМ, особенно, передней локализации и повторные ИМ встречались так же значительно чаще в группе ССН.

0656

СВЯЗЬ УРОВНЕЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ И НЕОАНГИОГЕНЕЗА В КРОВИ С 5-ЛЕТНИМ ПРОГНОЗОМ У БОЛЬНЫХ ИБС

Сердюк О.И., Шевченко А.О., Шевченко О.П., Халилулин Т.А., Гинзбург Л.М, Переделкина А.И.

ГБОУ ВПО РНИМУ, ФГБУ Клиническая больница УДП РФ, Москва

Цель: изучить прогностическое значение определения в крови С-реактивного белка (СРБ), церулоплазмина (ЦЕР), гаптоглобина (ГАПТ), IgG антител к кардиолипину (АКЛ), гомоцистеина (ГЦ), неоптерина (НЕО), фибриногена (ФИБ), растворимой формы лиганда CD40 (sCD40L), плацентарного фактора роста (PlGF) и растворимой формы сосудистых молекул клеточной адгезии (sVCAM-1) у больных ИБС.

Методы исследования: 131 больной ИБС стенокардией напряжения (58 женщин и 73 мужчин в возрасте от 39 до 89 лет, в среднем, 62.3±10.9 лет), без сахарного диабета, у которых исходно были определены в крови уровни СРБ, ЦЕР, ГАПТ, IgG АКЛ, ГЦ, НЕО, ФИБ, sCD40L,), PlGF и sVCAM-1, наблюдались в течение 5 лет.

Полученные результаты: Средняя выживаемость без нежелательных сердечно-сосудистых событий составила 51.7±1.2 месяца; в течение периода наблюдения 11 больных умерло, развилось 3 мозговых инсульта, 12 инфарктов миокарда (ИМ), 29 госпитализаций в связи с нестабильной стенокардией. При однофакторном анализе выявлена связь нежелательных событий с повышенными уровнями ГЦ>9.5 мкмоль/мл (ОР=2.7, p=0.048), sCD40L>1.42 нг/мл (ОР=1.48, p=0.03), PlGF>10.25 пг/мл (ОР=2.1, p=0.01) и PAPP-A>10.7 мМЕ/л (ОР=1.62, p=0.04). Однако, при анализе с поправками на возраст, пол, перенесенный ИМ, наличие сердечной недостаточности и уровни липидов в крови достоверная связь с прогнозом сохранилась лишь у sCD40L (ОР=1.3, p=0.05) и PlGF (ОР=1.6, p=0.04).

Выводы: выявление повышенных уровней в крови PlGF>10.25 пг/мл или sCD40L>1.42 нг/мл у больных стенокардией напряжения свидетельствует о более высоком риске развития нежелательных сердечно-сосудистых событий в течение последующих 5 лет.

0657

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ЛИЦ УМСТВЕНОГО ТРУДА

Серебрякова В.Н., Кавешников В.С., Трубачева И.А., Хамедова М.Ш.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель: установить распространенность компонентов метаболического синдрома (МС) среди педагогов средних общеобразовательных школ (СОШ) Томска и Томской области.

Материалы и методы: В рамках многоцентрового профилактического исследования «Роспрофилактика» (координатор ФГУ «ГНИЦ ПМ» Росмедтехнологий, Москва) проведено одномоментное эпидемиологическое исследование организованной популяции педагогов СОШ г. Томска и Томской области. Для оценки компонентов МС использованы критерии IDF (2005): абдоминальное ожирение — окружность талии (ОТ) у мужчин ≥94 см, у женщин ≥80 см, триглицериды (ТГ) ≥1,7 ммоль/л или же проводимая гиполипидемическая терапия, холестерин ЛПВП (ХСЛПВП)<1,03 ммоль/л у мужчин и <1,29 ммоль/л у женщин, гликемия натощак ≥5,6 ммоль/л или наличие сахарного диабета (СД) 2 типа, артериальное давление (АД) ≥ 130/85 мм рт.ст. или проводится антигипертензивная терапия. Для верификации СД 2 типа определяли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), за диагностический критерий принят уровень≥6,5%. Сформирована репрезентативная выборка среди организованного населения 18 лет и старше. Источником формирования выборки явились списки представителей 11 СОШ, прикрепленных к районам обслуживания Центром здоровья МЛПМУ «Больница № 2».

Результаты: Обследовано 766 учителей СОШ, из них 57 (7,4 %) мужчин и 709 (92,6 %) женщин, средний возраст 46,5±12,2 лет. В обследованной популяции АД, соответствующее критериям IDF (2005), встречалось

в 53,9% случаев, при этом среди женщин в 52,7%, а среди мужчин в 68,4% (p=0,02) случаев. Ожирение (ИМТ≥30 кг/м2) встречалось в 31,0% случаев, при чем среди женщин в 1,8 (p<0,05) раза чаще, чем среди мужчин. Абдоминальное ожирение зафиксировано в целом среди 59,5% педагогов: в 61,4% случаев среди женщин и в 34,6% (p<0,0001) случаев среди мужчин. Гипертриглицеридемия была диагностирована в 20,5%, низкий уровень ХСЛВПВ — в 19,2%, а гипергликемия (≥5,6 ммоль/л) — в 32,8% случаев вне зависимости от пола. У 5 (0,65%) педагогов, согласно критерию уровня HbA1c в сочетании с гипергликемией натощак, был впервые выявлен СД 2 типа. Метаболический синдром по критериям IDF (2005) у обследуемых учителей с АО встречался в 29,7% случаев у лиц женского пола и 16,2% (p<0,05) случаев — у лиц мужского пола

Выводы: Выявлена высокая распространенность компонентов МС в обследованной популяции. Полученные данные в отношении распространенности, средних значений компонентов МС следует использовать при планировании и проведении среди педагогов СОШ Томска и Томской области мероприятий по первичной и вторичной профилактике МС, сердечно-сосудистых заболеваний, СД 2 типа как на групповом (Школа здоровья), так и индивидуальном уровнях.

0658

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ

Серебрякова В.Н.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить экономическую и медико-социальную эффективность школ здоровья, проводимых на госпитальном уровне.

Материалы и методы: Обучение пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), а также после хирургических вмешательствах на коронарных сосудах (АКШ, МКШ и т.д.) проводится в рамках Школ здоровья на госпитальном этапе в условиях специализированной кардиологической клиники. Открытие Школ здоровья для пациентов с ИБС и АКШ состоялось в феврале 2007 года. На протяжении 6 лет данная информационно-мотивационная технология работает на постоянной основе, обучая ежемесячно более 100 человек. В целом, за указанный период, обучено 3528 пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Занятия проводятся по специально разработанной программе ежедневно в течение недели, длительностью 60- 80 минут. Число одновременно обучающихся в Школах здоровья различной тематической направленности составляет 15-18 человек.

Результаты: Эффективность обучения по медико-социальным и экономическим показателям оценивали среди 2143 пациентов, прошедших полный курс обучения, до, после обучения и через 12 месяцев спустя. Среди обученных пациентов было 76,9% мужчин, и 23,1% — женщин, средний возраст составил 57,3±7,8 лет. За 12 месяцев наблюдения среди обученных пациентов было отмечено уменьшение в 2,4 (p<0,01) раза числа гипертонических кризов, по сравнению с периодом до обучения. В течение года наблюдения 54,0% и 47,6% пациентов достигали целевого уровня глюкозы и общего холестерина, соответственно. Отмечалось снижение уровня тревожности (шкале HADS) на 14,7%, в отношении депрессии таких результатов получено не было. По данным теста Мориски-Грина после обучения среди пациентов возросла приверженность к лечению в среднем с 1,79±1,1 баллов до 3,46±1,2 баллов. Мониторинг экономической эффективности был проведен по данным случаев и днях временной нетрудоспособности, амбулаторных обращений, количестве госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи, ассоциированных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Расчет на 1 обученного пациента показал, что экономическая эффективность Школы здоровья для пациентов с ИБС составляет 4278 руб., а Школы здоровья для пациентов с АКШ — 5023 руб. В связи с тем, что полный цикл обучения пациентов с ИБС проходит 37 раз, а для пациентов с АКШ и другими хирургическими вмешательствами на коронарных сосудах — 24 раза в год, то экономия бюджету здравоохранения с учетом среднего количества обучающихся на 1 цикле (18 человек) составляет для Школ ИБС — 2 849 148 рублей, а для Школ АКШ — 1 687 728 руб.

Выводы: Школы здоровья как вид информационно-мотивационной технологий способствуют модификации образа жизни пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Обучающие технологии влияют на уровень информированности, мотивацию на сохранение здоровья, способствуют повышению приверженности к лечению, имеют доказанную медико-социальную и экономическую эффективность.

0659

БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИМЕЮТ ПОВЫШЕНЫЙ РИСК ТРАНЗИТОРНОЙ СИСТОЛОГИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ

Серова Д.В., Шутов А.М., Серов В.А., Шмелькова Е.Ю.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

ГУЗ «Центральная городская больница г. Ульяновска», Ульяновск, Россия

Цель — изучить частоту и выраженность эпизодов транзиторной артериальной гипотонии (АГип) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 192 больных с ХСН (114 мужчин и 78 женщин). Средний возраст составил 57,4±10,5 лет. У 23 больных диагностирована ХСН I функционального класса (ФК), 87 — II ФК, 81 — III ФК, 1 — IV ФК. Причины ХСН были гипертоническая болезнь (ГБ) у 27 больных, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 5, ИБС и АГ — у 157, другие заболевания сердца (кардиомиопатии, пороки сердца) — у 3 больных. 52 больных имели в анамнезе инфаркт миокарда. Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) составила 56,8±10,2%. Диагностика ХСН и лечение больных проводилось в соответствие с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2009). СМАД проводилось на аппаратах МнСДП-2 и МнСДП-3 BPLab (Россия). Артериальная гипотония диагностировалась при офисном АД≤100/60 мм рт. ст., при проведении СМАД для дневного АД ≤100/60 мм рт. ст., для ночного — ≤85/47 мм рт. ст., также оценивался индекс времени (ИВ) гипотонии.

Результаты. При офисном измерении артериального давления систолическая АГип выявлена у 10 больных, в том числе у 4, перенесших ИМ (χ^2=0,33, p=0,6), диастолическая АГип — у 8, в том числе у 3, перенесших ИМ (χ^2=0,07, p=0,8). При проведении СМАД в дневные часы систолическая АГип выявлена у 27 больных ХСН с ИМ в анамнезе и у 50 — без ИМ (χ^2=4,15, p=0,04), диастолическая АГип выявлена у 36 и 81 больного, соответственно (χ^2=2,06, p=0,2). В ночные часы систолическая АГип выявлена у 7 больных ХСН с ИМ в анамнезе и у 5 — без ИМ (χ^2=4,75, p=0,03), диастолическая АГип выявлена у 13 и 32 больных, соответственно (χ^2=0,1, p=0,8). Таким образом, относительный риск транзиторной систолической АГип у больных ХСН с ИМ в анамнезе был повышен в 1,45 раза (95% ДИ 1,04-2,01) в дневные часы и в 3,7 раза (95% ДИ 1,23 –11,1) — в ночные часы. ИВ систолической АГип в дневные часы составил 10,0±15,9% для больных ХСН с ИМ в анамнезе и 3,3±9,0% для больных ХСН без ИМ (p=0,0003). ИВ диастолической АГип был 16,0±21,6% и 9,0±14,9%, соответственно (p=0,01). В ночные часы ИВ систолической АГип был 2,1±7,7% для больных ХСН с ИМ в анамнезе и 0,3±2,1% для больных ХСН без ИМ (p=0,0003), ИВ диастолической АГип — 9,0±18,5% и 6,4±16,5%, соответственно (p=0,4). Не выявлено зависимости частоты и продолжительности АГип от ФВЛЖ.

Выводы. У больных с ХСН, имеющих в анамнезе ИМ, повышен риск возникновения и продолжительность транзиторной систолической артериальной гипотонии.

0660

ЗАВИСИТ ЛИ РИГИДНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ?

Серов В.А., Шевченко С.В., Шмелькова Е.Ю., Павельева Е.А., Глущенко М.О., Привезенцева А.С.

ФГБОУ ВПО «УлГУ», Ульяновск, Россия

Цель исследования — изучить влияние скорости клубочковой фильтрации на сосудистую жесткость у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследован 101 больной с ХСН (58 мужчин и 43 женщины). Средний возраст составил 57,7±10,8 лет. У 12 больных диагностирована ХСН I функционального класса (ФК), 47 — II ФК, 41 — III ФК, 1 — IV ФК. Причины ХСН были гипертоническая болезнь (ГБ) у 7 больных, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 3, ИБС и АГ — 91. 21 больной страдал сахарным диабетом. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась по формуле CKD-EPI. В среднем СКФ составила 57,0±18,2 мл/мин/1,73 м2. Диагностика ХСН и лечение больных проводилось в соответствие с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2009). Фракция выброса левого желудочка составила 58,5±10,8%. СМАД проводилось

на аппаратах МнСДП-2 и МнСДП-3 BPLab (Россия).

Результаты. У 59 (58,4%) больных СКФ была менее 60 мл/мин/1,73 м2 и был диагностирован кардиоренальный синдром (КРС). Значения индекса аугментации (Aix), индекса ригидности артерий (ASI) и амбулаторного индекса сосудистой ригидности (AASI) в группах больных с КРС и с сохранной фильтрационной функцией почек достоверно не отличались. Однако при однофакторном корреляционном анализе выявлена связь СКФ и Aix (r=-0,52, p=0,013), ASI (r=-0,54, p=0,01). При многофакторном корреляционном анализе независимая связь СКФ с показателями сосудистой жесткости не подтвердилась. AIx коррелировал с возрастом (R2=0,2, p<0,0001) и степенью ночного снижения систолического артериального давления (R2=0,1, p=0,001). ASI был независимо связан с возрастом (R2=0,2, p<0,0001), офисным систолическим артериальным давлением (R2=0,1, p=0,002), среднесуточным систолическим артериальным давлением (R2=0,4, p<0,0001), степенью ночного снижения систолического артериального давления (R2=0,1, p=0,003) и среднесуточным индексом времени гипертонии систолического артериального давления (R2=0,4, p<0,0001).

Заключение. На основании результатов нашего исследования можно предположить, что ригидность сосудистой стенки у больных с ХСН не зависит от скорости клубочковой фильтрации, а ассоциирована с возрастом и повышением артериального давления.

0661

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сидоренкова Н.Б., Терентьева Н.В., Титова З.А., Власкина А.В., Дерягина М.Ю.

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

Мерцательная аритмия и ишемическая болезнь сердца (ИБС) — одна из наиболее частых клинических ситуаций, с которыми приходится сталкиваться на практике.

Цель: провести клинико-фармакологический анализ использования антиаритмических лекарственных средств у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с ИБС.

Задачи: Оценить эффект антиаритмических лекарственных средств, используемых для восстановления синусового ритма в первые сутки госпитализации. Проанализировать назначения антиаритмических препаратов для поддержания синусового ритма.

Методы исследования: Проведено ретроспективное исследование 50 историй болезней и листов назначений пациентов с мерцательной аритмией в сочетании с ИБС. В исследование включены пациенты в возрасте 59-87 лет (средний возраст — 71±3,5 лет) с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с ИБС. Среди исследованных женщины составили 68%, мужчины — 32%. Гиперхолестеринемия выявлялась у 69% пациентов, сахарный диабет — у 21%. В исследование не включали пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий, наличием острого коронарного синдрома.

Полученные результаты: В первые сутки стационарного лечения восстановление синусового ритма зафиксировано в 80% случаев. Среди них в 48% случаев ритм восстанавливался с помощью пропранолола (анаприлина) — 38% и дигоксина — 10%. В 28% случаев для восстановления синусового ритма использовался новокаинамид; амиодарон (кордарон) был эффективен у 16% пациентов. У 4% пациентов была проведена электроимпульсная терапия. Для поддержания синусового ритма в 66% случаев назначались β–адреноблокаторы (чаще бисопролол). Амиодарон (кордарон) и соталол (сотагексал) назначались с одинаковой частотой — в 14% случаев каждый. В 2% случаев был назначен аллапинин.

Выводы: У пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с ИБС наиболее часто синусовый ритм восстанавливался при использовании β-адреноблокаторов и сердечных гликозидов. Для поддержания синусового ритма чаще всего применялись β-адреноблокаторы.

0662

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ С БЛОКАТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ АТ1-РЕЦЕПТОРОВ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Сидоренкова Н.Б., Терентьева Н.В., Лукьянова Е.А.

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

Цель. Оценить с помощью острой фармакологической пробы (ОФП) цереброгемодинамическую эффективность и безопасность телмисартана и лозартана при артериальной гипертонии (АГ).

Методы исследования. Исследование проведено у 38 пациентов (26 мужчин и 12 женщин) с АГ 1-2 степени в возрасте 35-65 лет. Все пациенты с помощью таблицы случайных чисел распределялись в одну из двух групп, которым проводили ОФП с телмисартаном (Микардис, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH&Co.KG, Германия) в дозе 80 мг и лозартаном (Лозап, Zentiva a.s., Чешская Республика) в дозе 50 мг. До назначения фармакотерапии, а также при проведении ОФП оценивали показатели центральной гемодинамики и церебрального кровотока в стандартных отведениях.

Полученные результаты. В ОФП оба препарата достоверно снижали САД и ДАД: телмисартан — на 11,4% и 10,4%, соответственно; лозартан — на 10,3% и 9,7% соответственно. В ОФП с телмисартаном наиболее выраженная реакция показателей церебрального кровотока была выявлена у пациентов с исходно повышенным тонусом церебральных артерий, что выражалось в достоверном увеличении показателей скорости быстрого и медленного кровенаполнения на 14% и 10% соответственно, а также увеличении показателя пульсового кровенаполнения на 9%. Кроме того, отмечалось снижение тонуса артерий крупного калибра, существенно не менялись показатели венозного оттока. В ОФП с лозартаном у пациентов с исходно повышенным тонусом церебральных сосудов происходило достоверное увеличение показателей скорости быстрого и медленного кровенаполнения, на 12% и 7% соответственно, что свидетельствует о снижении тонуса крупных, средних и мелких артерий. При этом наблюдалось увеличение показателя пульсового кровенаполнения на 7%. Отмечены индивидуальные неблагоприятные гемодинамические реакции: у одного из пациентов, не имевшего исходно венозной дисфункции, на фоне приема микардиса наблюдалось затруднение венозного оттока в бассейнах позвоночных артерий, у двух пациенток с исходной гипотонией артерий крупного калибра на фоне приема лозапа происходило дальнейшее снижение их тонуса. У пациентов с нормотонией оба препарата существенно не изменяли показателей мозгового кровотока.

Выводы. С помощью ОФП выявлены особенности влияния телмисартана и лозапа на показатели церебральной гемодинамики, что может иметь значение для персонализированной фармакотерапии артериальной гипертонии. Микардис (Boehringer Ingelheim Pharma GmbH&Co.KG, Германия) в дозе 80 мг и Лозап (Zentiva a.s., Чешская Республика) в дозе 50 мг в острой фармакологической пробе у всех пациентов вызывают достоверное, сопоставимое и клинически значимое снижение систолического и диастолического АД без изменения ЧСС. Наибольшая чувствительность изученных препаратов на показатели мозгового кровотока отмечена при ангиоспастическом типе церебральной гемодинамики.

0663

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕНЕРИКОВ АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сидоренкова Н.Б., Журавлева А.Н.

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

Цель. Провести фармакоэкономический анализ эффективности генериков амлодипина у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. В исследование было включено 69 пациентов в возрасте 46,3±4,3 лет с АГ 1-2 степени высокого риска (ВНОК, 2008). После отмывочного периода пациентов рандомизировали на три группы, в которых были назначены норваск («Pfizer», США), тенокс («KRKA, Словения) и калчек («IPCA Laboratories Ltd», Индия) в дозе 5-10 мг однократно в сутки. Исходно и через 4 недели монотерапии проводили суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографию, транскраниальную допплерографию средней мозговой артерии. Фармакоэ-

кономический анализ был проведён методом «стоимость/эффективность» по формуле: CER=C/Ef. Статистический анализ проведён с использованием программы «Statistica, 6». Различия считали достоверным при p<0,05.

Полученные результаты. Через 4 недели монотерапии среднесуточное артериальное давление (АД) при использовании норваска достоверно снизилось на 15,4%, тенокса на 14,8%, калчека на 14,3%. Средняя суточная доза норваска составила 7,5 мг, тенокса 8,1 мг, калчека 9,3 мг. Учитывая стоимость упаковки была рассчитана стоимость 4-недельной монотерапии препаратами амлодипина. Наибольшая цена лечения была в группе норваска, наименьшая — калчека. С учетом полученных показателей стоимости лечения, а также величины снижения АД были рассчитаны коэффициенты «стоимость/эффективность». В среднем по группам наибольшее значение коэффициента «стоимость/эффективность» было характерно для норваска, наименьшее для калчека. С учетом сопоставимой гипотензивной эффективности нами были использованы дополнительные показатели, отражающие влияние препаратов на суточный профиль АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), а также показатели церебрального кровотока. Анализ клинико-фармакологической эффективности изученных препаратов позволил выявить статистически значимые отличия между норваском, теноксом и калчеком по влиянию на индекс времени систолического и диастолического АД, суточный индекс диастолического АД и ЧСС при сопоставимом достоверном изменении индексов пульсаторности и резистентности. В связи с этим, был рассчитан интегративный коэффициент «стоимость/эффективность» как сумма коэффициентов «стоимость/эффективность» по выбранным показателям, соотнесенная к 3, который составил для норваска — 35,6, тенокса — 28,5, калчека — 29,3.

Выводы. С учетом влияния на индекс времени систолического и диастолического давления, суточный ритм АД, ЧСС, а также индекс пульсативности и резистентности, из выбранных для фармакоэкономического анализа препаратов амлодипина, наиболее затратным является норваск. Среди изученных препаратов амлодипина тенокс имеет преимущества по суммарному фармакоэкономическому показателю.

0664

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Симонова Г.И., Опенко Т.Г., Никитин Ю.П.; ФГБУ «НИИ терапии СО РАМН», Новосибирск, Россия

Известно, что интегральное воздействие на основные факторы риска (ФР) неинфекционных заболеваний (НИЗ) приводит к снижению их распространенности, заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых, злокачественных новообразований (ЗНО) и других НИЗ.

Цель исследования: Изучить связь кардиометаболических факторов риска с развитием новых случаев ЗНО по данным 24-летнего проспективного наблюдения в новосибирской когорте 25-64 лет.

Материалы: На скрининге международного проекта ВОЗ «MONICA» (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) в 1983-1995 гг. обследованы 11452 человек для оценки частоты нарушений липидного и углеводного обменов, ожирения, АГ. В период 1988-2011 гг. по методологии регистра рака (НИИ терапии СО РАМН) фиксировали все новые случаи ЗНО в популяции. В исследовании с дизайном «случай-контроль» проанализированы различия в распространенности и уровнях кардио-метаболических ФР в группах «случай ЗНО» (583 чел.) и «контроль» (1166 чел.). Выполнен одномерный дисперсионный анализ со стандартизацией по курению и другим конфаундер-факторам для переменных: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой (ХС-ЛВП) и низкой плотности (ХС-ЛНП), триглицериды (ТГ), систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, постпрандиальная глюкоза крови и индекс массы тела (ИМТ). Методом множественной логистической регрессии выполнен расчет риска развития ЗНО при разных уровнях факторов риска. Критерии диагностики ФР определялись по Национальным рекомендациям ВНОК и РКО.

Результаты исследования: По данным наших исследований не выявлены различия в средних значениях уровней липидов крови между группами. Средний уровень ОХС в группе «случай ЗНО» составил 5,78 ммоль/л, в контроле — 5,83 ммоль/л, p=0,452, ХС-ЛВП — соответственно 1,39 и 1,37 ммоль/л, p=0,319, ТГ — 1,29 и 1,30 ммоль/л, p=0,730, ХС-ЛНП — 3,81 и 3,84, p=0,598 (оба пола). Частота дислипидемий между группами тоже не различалась. Средний уровень САД в группе «случай ЗНО» составил 135,0 мм рт.ст., в контроле — 137,8 мм рт.ст., p=0,011, ДАД соответственно — 88,0 мм рт.ст и 90,1 мм рт.ст., p=0,001 и ИМТ — 27,0 кг/м2 и 27,7 кг/м2, p=0,006. Уровни постпрандиальной глюкозы не различались — 5,4 ммоль/л и 5,6 ммоль/л, p=0,236 (оба пола).Частота артериальной гипертензии (АГ) систолической (САГ) в группе «случай ЗНО» — 35,8%, в контроле — 41,3%, p=0,016, диастолической (ДАГ) — соответственно 43,9% и 51,8%, p=0,001, АГ — 49,7% и 57,3%, p=0,002, ожирения (ИМТ≥30 кг/м2)

— 20,5% и 28,2%, p=0,000 (оба пола). Те же различия наблюдались в подгруппе мужчин.

Выводы: В обеих группах «случай ЗНО» и «контроль» выявлены высокие средние уровни кардиометаболических ФР. Найдено статистически значимое увеличение риска ЗНО при исходно более низких значениях ИМТ и ДАД по данным проспективного эпидемиологического исследования.

0665

ЗАВИСИМОСТЬ КОЛИЧЕСТВА ФАКТОРОВ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ И ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Синьков А.В., Синькова Г.М.

ГБОУ ВПО «Иркутский ГМУ Минздрава России», Иркутск, Россия

Цель: определить частоту факторов общего сердечно- сосудистого риска (ФОССР) у больных артериальной гипертензией (АГ), проживающих в сельских и отдаленных районах Иркутской области.

Материалы и методы: материалом исследования послужили жители сельских и отдаленных районов Иркутской области, больные АГ. Обследованная группа включала 646 человек (136 мужчин, 510 женщин) в возрасте 19-95 лет (средний возраст 61,2±12,9 лет) жителей Жигаловского, Зиминского, Катангского, Качугского, Киренского, Куйтунского, Черемховского, Мамско-Чуйского и Усть-Удинского районов Иркутской области.

Обследование включало измерение АД в соответствии с рекомендациями ВНОК [2008], осмотр кардиолога и невролога, регистрацию ЭКГ. Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), критерий хи-квадрат).

Результаты: в обследованной группе у 98,0% (95%ДИ=96,9-99,1) больных АГ был выявлен, по меньшей мере, один ФОССР. У большинства обследованных (81,3%) имелось два и более ФР (p<0,0001) .У мужчин ФОССР выявлялись чаще, чем у женщин, но различия были статистически незначимыми . Статистически значимые различия между мужчинами и женщинами были выявлены по частоте встречаемости одного, трех и четырех ФР. При этом, женщины чаще имели один ФР (p=0,004), а мужчины чаще имели три (p=0,047) и четыре ФР (p=0,002) .

ФОССР с наибольшей частотой выявлялись у больных с АГ 3 ст. (99,1%), за ними следовали больные с АГ 2 степени (97,3%) и больные с АГ 1 степени (93,0%) . Различия по частоте выявления ФОССР у больных с разной степенью АГ были статистически незначимыми. Количество одновременно выявляемых ФОССР увеличивалось с увеличением степени АГ. Так, у больных АГ 1 ст. чаще выявлялся один ФР (p<0,0001) или ФР отсутствовали (p=0,017), а у больных АГ 3 ст. чаще выявлялись три (p<0,0001) или четыре ФР (p=0,008) . Коэффициент корреляции степени АГ с количеством одновременно выявляемых ФР составил rs=0,32 (p<0,0001).

Выводы: При составлении плана диспансерного наблюдения за больными артериальной гипертензией 3 степени необходимо предусматривать диагностические мероприятия, позволяющие обеспечить ранее выявление ФОССР.

0666

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПАРАМЕТРАМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ЭХОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ОЦЕНКЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Синьков А.В., Синькова Г.М.

ГБОУ ВПО «Иркутский ГМУ Минздрава России», Иркутск, Россия

Цель: определение корреляционных взаимоотношения уровней АД с параметрами электрокардиограммы (ЭКГ) и эхокардиограммы (ЭхоКГ) для выявления показателей наиболее значимых для оценки ремодели-

рования сердца, обусловленного повышением АД.

Материалы и методы: обследовано 59 больных с артериальной гипертензией (АГ), 32 мужчины и 27 женщин, средний возраст 47,5 ± 13,4 года. АГ 1 степени была выявлена у 4 больных (6,8 %), АГ 2 степени — у 14 (23,7 %), АГ 3 степени — у 41 больных (69,5 %). Продолжительность заболевания АГ составляла от 6 месяцев до 30 лет, в среднем 9 ± 9,1 года. Больным проводились регистрация АД автоматическим сфигмоманометром, суточное мониторирование АД (СМАД), ЭКГ и ЭхоКГ. Оценивали величину САД и ДАД по данным разовых измерений, средние значения САД и ДАД в дневное и ночное время, индексы нагрузки давлением, утренний подъем и вариабельность АД по данным СМАД, морфологию, амплитуду, продолжительность зубцов и интервалов ЭКГ, размеры полостей, толщину миокарда стенок сердца, массу и ИММЛЖ по данным ЭхоКГ. Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), критерий хи-квадрат).

Результаты: выявлена статистически значимая корреляция амплитуды зубца R в отведении aVL с величиной САД (rs = 0,44; p = 0,015), величиной ДАД (rs = 0,40; p = 0,032), средним дневным САД (rs = 0,42; p = 0,031), средним дневным ДАД (rs = 0,40; p = 0,042) и индексом времени дневного ДАД (r = 0,58; p ‹ 0,05), корреляция суммы амплитуд зубца S в отведении V1 и зубца R в отведении V5 (SV1+RV5) со средним дневным САД (rs = 0,45; p = 0,022) и средним дневным ДАД (rs = 0,41; p = 0,039), корреляция наличия депрессии сегмента ST с инверсией зубца T (нарушения реполяризации) в отведениях V5-6 с величиной САД (rs = 0,40; p = 0,031), корреляция толщины миокарда межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки сердца (ЗСС) со средним дневным САД (rs = 0,41; p = 0,042 и rs = 0,55; p = 0,005 соответственно). Продолжительность анамнеза заболевания АГ статистически значимо коррелировала с амплитудой зубца R в отведении aVL (r = 0,63; p ‹ 0,05), наличием нарушений реполяризации в отведениях V5-6 (r = 0,37; p ‹ 0,05), массой и индексом массы миокарда левого желудочка (r = 0,70; p ‹ 0,05 и r = 0,82; p ‹ 0,05).

Заключение: при проведении ЭКГ и ЭхоКГ больным с артериальной гипертензией обязательным является определение следующих показателей ЭКГ- амплитуды зубца R в отведении aVL, суммы амплитуд зубца S в отведении V1 и зубца R в отведении V5 ; ЭхоКГ- толщины миокарда межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки сердца (ЗСС).

0667

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОЖИРЕНИЯ

Скибицкая С.В., Фендрикова А.В., Скибицкий В.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить особенности суточного профиля артериального давления (СПАД) у женщин в ранней постменопаузе с артериальной гипертонией (АГ) и различными типами ожирения.

Материалы и методы. В исследование были включены 84 женщины в ранней постменопаузе с АГ и ожирением. Критерии включения: АГ 2 степени; ожирение 1 и 2 степени абдоминального (АО) и глютео-феморального (ГФО) типов; ранний период постменопаузы (до 5 лет); наличие информированного согласия пациенток на участие в исследовании. Всем больным проводилось общеклиническое, в том числе антропометрическое исследование, суточное мониторирование АД (СМАД). На основании антропометрического обследования были выделены 2 категории женщин: 49 пациенток с АО и 35 — с ГФО. Обработка результатов исследования проводилась с использованием программы «STATISTICA 6.1», применялись методы параметрической статистики.

Результаты исследования. Анализ результатов суточного мониторирования АД показал наличие более выраженных изменений параметров СПАД у женщин с АО. Так, у пациенток с АО вариабельность систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) в дневные часы была достоверно выше (p<0,05) и составила 25,2±4,9 и 23,3±3,4 мм рт.ст., тогда как у больных с ГФО — 17,4±2,9 и 16,2±2,1 мм рт.ст. соответственно. Остальные дневные параметры СМАД при АО были несколько выше, чем при ГФО, однако разница не достигла статистической значимости. Более того, все ночные показатели СМАД (САД, ДАД, индекс времени САД и ДАД, вариабельность АД, время и скорость утреннего подъема АД) при АО были значимо (p<0,05) выше, чем при ГФО. Важно и то, что при наличии ГФО такие профили АД как «dipper» и «non-dipper» встречались

практически одинаково часто — в 38% и 39,4% случаев соответственно. В группе женщин с АО доля лиц с СПАД «non-dipper» в сравнении с адекватным ночным снижением АД регистрировалась достоверно чаще — в 60,8% и 21,7% случаев соответственно (p<0,05). Кроме того, у пациенток с АО по сравнению с больными с ГФО имелась также тенденция к преобладанию профиля «night-peaker» (у 12,4% и 7,1% соответственно).

Таким образом, в раннем периоде постменопаузы у пациенток с АО имели место более значимые в сравнении с женщинами с ГФО изменения основных показателей СПАД как в дневные, так и ночные часы. При АО чаще регистрировались такие неблагоприятные профили АД как «non-dipper» и «night-peaker», тогда как при ГФО нормальный тип суточной кривой АД определялся с такой же частотой, как и тип «dipper».

0668

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Скибицкий А.В., Фендрикова А.В., Скибицкий В.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

Цель исследования: изучение гендерных особенностей психоэмоционального статуса и качества жизни у больных с неконтролируемой артериальной гипертонией (НКАГ).

Материалы и методы. Обследовано 147 больных с НКАГ (70 мужчин и 77 женщин). Средний возраст составил 57,8±3,4 лет. Критерии включения: 1) артериальная гипертония (АГ) длительностью более 6 месяцев; 2) отсутствие достижения целевого уровня артериального давления (АД) на фоне двух- или трехкомпонентной антигипертензивной терапии; 3) подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД, офисное измерение АД, тестирование с использованием шкал тревоги и депрессии HADS, самооценки депрессии Цунга, тревоги и тревожности Спилбергера-Ханина, сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ), методики оценки качества жизни SF-36 и корреляционный анализ.

Результаты. У 88 (59,8%) из 147 обследованных больных (41 мужчин и 47 женщин) выявлены психоэмоциональные расстройства, в том числе тревога — у 39 пациентов (44,3%), депрессия — у 24 пациентов (27,2%), и тревожно-депрессивные расстройства — у 25 пациентов (28,4%). У женщин наиболее часто регистрировались тревога (54,1%) и депрессия (35,9%), в то время как у мужчин преобладали тревожно-депрессивные расстройства (72,3%) (p<0,05). При анализе результатов по шкале самооценки депрессии Цунга выявлено, что у женщин достоверно чаще встречалось истинное депрессивное состояние (75,7%), в то время как у мужчин — субдепрессивная/ маскированная депрессия (81,2%). Анализ результатов опроса по шкале Спилбергера-Ханина у женщин выявил преобладание высокого уровня тревожности (71,7%). У большинства мужчин преобладали показатели умеренной тревожности (87,5%). Тестирование с использование опросника СМОЛ показало наличие высоких значений шкал ипохондрии, депрессии, истерии, психастении у 37,7% пациентов (p<0,05) с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем АД, нарушенными показателями суточного профиля АД и степенью выраженности психоэмоциональных расстройств у мужчин и женщин. Независимо от пола выявлен достаточно низкий уровень качества жизни: средние баллы физического функционирования составили 40,6 балл; боль — 24,7 балла; общего здоровья — 38,7 балла; жизнеспособность — 30,7 балла; психическое здоровье — 37,3 балла.

Таким образом, при НКАГ имеются некоторые гендерные особенности психоэмоционального статуса, проявляющиеся преобладанием тревоги и депрессии у женщин и большей частотой регистрации маскированной депрессии и умеренной тревожности у мужчин. Не исключается, что ТДР могут являться одним из факторов, затрудняющих достижение целевого уровня АД при проведении антигипертензивной терапии и требуют соответствующей психокорригирующей фармакотерапии.

0669

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Заболотских Т.Б., Сиротенко Д.В., Накаидзе Л.А.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: определить основные типы отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 50 пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца, средний возраст которых составил 65,6±11,9 лет. Средняя длительность артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца была сопоставимой: 14,3±9,5 лет и 15,1±8,6 лет соответственно. У всех пациентов имелись симптомы хронической сердечной недостаточности II-III ФК (NYHA). Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, регистрация ЭКГ, эхокардиография. Тип отношения к болезни оценивался с использованием методики ТОБОЛ (Определение преобладающего типа отношения к болезни), разработанной в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Полученные результаты. По результатам эхокардиографического исследования у 60% больных имела место сохраненная систолическая функция левого желудочка (ЛЖ) (фракция выброса ≥ 55%), у 40% — систолическая дисфункция ЛЖ (фракция выброса ‹ 55%). На момент обследования только 10% больных получали адекватную антигипертензивную и антиишемическую терапию. Анкетирование по методике ТОБОЛ показало, что достоверно преобладающим вариантом отношения к болезни у данной категории пациентов является «анозогнозический» тип, который определялся у 36% обследованных ($p<0,05$ в сравнении с числом пациентов с другими типами). У 15% больных был выявлен «эргопатический» тип. Оба типа отношения к болезни свидетельствуют об отрицании своего заболевания, недостаточно серьезном отношении к нему. Следует отметить, что наиболее оптимальный «гармоничный» тип имел место лишь у 12% пациентов. Анализ выявления различных типов отношения к болезни с учетом сократительной способности миокарда ЛЖ показал, что при сохраненной систолической функции ЛЖ у 12 из 30 пациентов (40%) определялся «анозогнозический» тип, тогда как при систолической дисфункции достаточно часто (в 25% случаев) имел место «меланхолический» тип, свидетельствующий о депрессивных расстройствах и негативном отношении больных к терапии.

Таким образом, у пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца наиболее часто определяются «анозогнозический» и «эргопатический» типы отношения к болезни, что свидетельствует о «легкомысленном» отношении к заболеванию и, возможно, определяет низкую приверженность к терапии. Своевременная идентификация типов отношения к болезни у пациентов кардиологического профиля может способствовать оптимизации медикаментозной терапии с учетом их психологического состояния.

0670

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТИЛЯ ЖИЗНИ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Склянная Е.В.

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

Цель: Изучить влияние изменения стиля жизни на функцию эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ) молодого возраста.

Методы: Обследовано 62 пациента в возрасте 20-35 лет (средний возраст 28,3±7,3 лет), у которых при двукратном измерении определялась мягкая АГ (уровень АД ≥ 140/90 мм рт. ст.). Средний уровень систолического АД составил 149,6±7,9 мм рт. ст., диастолического 84,3±3,5 мм рт. ст. Изменение стиля жизни включало нормализацию массы тела, уменьшение употребления соли, регулярные динамические физические нагрузки не менее 3 р/нед по 40 мин., ночной сон не менее 8 ч. Оценка фукнции эндотелия выполнялась дважды: исходно и через 12 мес выполнения вышеуказанных рекомендаций по изменению стиля жизни. Статистический анализ проводился с помощью пакета «MedStat».

Результаты: Через 12 мес. выполнения рекомендаций было выявлено статистически значимое увеличение способности плечевой артерии к дилатации под воздействием потока крови (15,1±3,0%) по сравнению с

исходной (10,1±1,6%), p<0,05.

Выводы: Полученные результаты показывают, что у изменение стиля жизни приводит к увеличение способности плечевой артерии к дилатации под воздействием потока крови у больных АГ молодого возраста.

0671

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Слатова Л.Н., Щукин Ю.В., Шиляева Н.В.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Цель. Изучение распространённости атеросклероза внесердечной локализации у пациентов с острым коронарным синдромом и оценка его влияния на госпитальные исходы.

Материал и методы. Обследованы 33 пациента (13 мужчин и 20 женщин), поступившие в кардиологическое отделение по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) с подъёмом сегмента ST (17 человек) и без подъёма сегмента ST (16 человек). Средний возраст составил 63,3±10,2 лет (от 48 до 81 года). Острое или хроническое нарушение мозгового кровообращения, хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей в анамнезе имели 9 пациентов (27%). Ведение пациентов осуществлялось согласно общепринятым стандартам, проводилось комплексное клинико-инструментальное исследование, включающее выявление стандартных факторов риска, определение показателей липидного и углеводного обменов, эхокардиографию, стартификацию риска неблагоприятных исходов по шкале Grace. Коронарография в период госпитализации была проведена 16 пациентам. Статистическая обработка данных произведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

Результаты. Группы не имели достоверных различий по наличию факторов риска, среднестатистическим уровням биохимических и эхокардиографических показателей (p>0,05). Пациенты обеих групп в большинстве характеризовались высокой и средней степенью риска по шкале Grace (81,8%). Многососудистое поражение коронарного русла по данным коронарографии сочеталось с прижизненно выявленным поражением некоронарных артерий в 57,1% наблюдений. При трёхсосудистом поражении коронарного русла чаще выявлялись признаки поражения других сосудистых бассейнов. Госпитальная летальность составила 5 случаев среди пациентов с ОКС с подъёмом сегмента ST, 2 случая среди пациентов с ОКС без подъёма сегмента ST. При исследовании аутопсийного материала во всех наблюдениях было выявлено сочетание поражения коронарного русла с поражением сонных артерий или артерий нижних конечностей.

Выводы. Атеросклероз внесердечной локализации отягощает течение острого коронарного синдрома и ассоциируется с двух- и трёхсосудистым поражением коронарного русла. Учитывая явление множественной ранимости атеросклеротических бляшек, ведение пациентов с острым коронарным синдромом в сочетании с атеросклерозом внесердечной локализации должно включать мероприятия, направленные на снижение воздействия эндогенных факторов, приводящих к нестабильности атеросклеротических бляшек.

0672

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Смазнова О.В., Акимова Е.В.

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

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось определение ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и физической активности в открытой мужской популяции 25-64 лет.

Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Репрезентативная выборка была сформирована из избирательных списков граждан одного из административ-

ных округов г. Тюмени — мужчины 25-64 лет в количестве 1000 человек. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Физическая активность оценивалась по анкете ВОЗ-МОНИКА «Знание и отношение к своему здоровью».

В тюменской популяции у мужчин 25-64 лет распространенность ИБС составила 12,4%, ОИБС — 6,6%, ВИБС — 5,7%. Лица с ОИБС и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям наиболее часто пытались делать физзарядку, но безуспешно, сравнительно с группой без ИБС (соответственно, 28,2% — 15,4%, $p<0,01$; 23,1% — 15,4%, $p<0,05$). По отношению к группе сравнения большая часть респондентов с ВИБС и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям мотивировали свой отказ делать физзарядку медицинскими противопоказаниями. В отношении физической активности во время досуга каких-либо закономерностей у лиц с наличием и отсутствием ишемической болезни сердца не обнаружено. Динамика по физической активности в течение последних 12-ти месяцев оказалась более характерной для лиц со всеми тремя градациями ИБС сравнительно с группой без ИБС (ОИБС: 40,8% — 56,6%, $p<0,001$; ВИБС: 49,2% — 56,6%, $p<0,05$; ИБС: 44,6% — 56,6%, $p<0,001$). Поскольку при ответе респондентов на вопрос «стал более пассивным» отмечалась тенденция к увеличению показателя в трех группах с ИБС сравнительно с группой без ИБС, динамика по физической активности в течение последних 12-ти месяцев в группах с ИБС наблюдалась отрицательная. Мужчины с «определенной ИБС» и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям оценили свою физическую активность сравнительно с другими людьми того же возраста как более пассивную, существенные различия по показателям «несколько пассивнее» и «значительно пассивнее» установлены сравнительно с респондентами в группе без ИБС, $p<0,001$.

В открытой популяции мужчины 25-64 лет с наличием ОИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям чаще пытались делать физзарядку, оценив свою физическую активность как пассивную, в то же время в группах с наличием ИБС в течение последних 12-ти месяцев наблюдалось снижение физической активности.

0673

НЕКОТОРЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Смазнов В.Ю., Акимова Е.В., Гакова Е.И., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

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

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Цель: изучение взаимосвязи распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и отношения к курению и питанию в мужской популяции 25-64 лет.

Кросс-секционное эпидемиологическое исследование проведено на репрезентативной выборке мужчин 25-64 лет г. Тюмени (респонс 85,0%). Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях: «определённой» ИБС (ОИБС) и «возможной» ИБС (ВИБС). Изучение отношения к питанию проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью».

У мужчин 25-64 лет распространенность ИБС составила 12,4%, ОИБС — 6,6%, ВИБС — 5,7%. При ответе респондентов на вопрос: «Пытались ли Вы когда-нибудь изменить что-либо в своем курении?», у лиц с ВИБС и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям сравнительно с группой лиц без ИБС значимо увеличился позитивный сдвиг в отношении курения табака. Так, ответ «Курил, но бросил» встречался достоверно чаще среди мужчин с ВИБС и среди мужчин с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям, чем у лиц без ИБС (соответственно, 35,6% — 23,5%, $p<0,05$; 33,1% — 23,5%, $p<0,05$). По поводу изменения привычек питания принципиально отрицательное отношение по вопросу: «Пытались ли Вы делать какие-нибудь изменения в питании?» — ответ: «Мне не нужно было соблюдать диету» — существенно чаще имело место в группе мужчин без ишемической болезни сердца (42,8%) по сравнению со всеми тремя градациями лиц с ее наличием: ОИБС — 26,8%, $p<0,01$; ВИБС — 28,8%, $p<0,05$; ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям — 27,7%, $p<0,01$. Показатель «Я соблюдаю диету, но не регулярно» оказался достоверно ниже в группе «без ИБС» (15,8%) сравнительно с аналогичными показателями в группе с ОИБС — 28,2%, $p<0,01$; в группе с ВИБС — 27,1%, $p<0,05$; в группе с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям — 27,7%, $p<0,01$.

Следовательно, у мужчин 25-64 лет с наличием ВИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям сравнительно с группой без ИБС отмечались позитивные тенденции отказа от курения, у мужчин с наличием всех трех градаций ИБС, в отличие от группы лиц без ИБС — отсутствие отрицательного отношения к изменению привычек питания.

0674

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Смирнова Е.А.,[1] Коротченко Е.В.,[1] Белоножкина М.Н.,[1] Гераськина Л.В.,[1] Муранчик Е.Н.,[1] Паркина Н.Ю.,[1] Лошакова О.Д.,[1] Сидорова О.Н.[2]

[1]ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», Рязань,

[2]ГБУ РО «Шацкая ЦРБ», Рязанская область, Россия

Цель: анализ медикаментозной терапии фибрилляции предсердий (ФП) неклапанной этиологии в стационаре.

Методы: проведен сравнительный анализ медикаментозной терапии 177 пациентов (средний возраст 61,0±0,8 год, 52% из них мужчины) с пароксизмальной, персистирующей и перманентной формами ФП (46,9%, 8,5%, 44,6% соответственно), находившихся на стационарном лечении в РОККД в 2007 году и 65 пациентов (средний возраст 61,6±1,7 лет, 55,4% — мужчины) с соответствующими формами ФП (32,5%, 23,1% и 44,4%) — в 2012 г. Оценка риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) в 2007 г. проводились по шкале CHADS2, в 2012 г. — при риске ТЭО по шкале CHADS2 менее 2 баллов, применялась шкала CHA2DS2VASc.

Результаты: В 2007 году медикаментозная кардиоверсия при пароксизмальной форме ФП с длительностью пароксизма более 48 часов проводилась после адекватной подготовки антикоагулянтами только в 33,3% случаев. Для восстановления синусового ритма (СР) наиболее часто применялся амиодарон (в 60% при пароксизмальной, в 83,3% при персистирующей форме ФП). Для удержания СР в амбулаторных условиях 47,8% больных были назначены препараты III класса, 19,6% — IC класса, бета-блокаторы — 26,1%, верапамил — 6,5%. Рекомендации по продолжению приема варфарина в амбулаторных условиях получили только 16,2% больных, остальным 83,8% пациентов был назначен аспирин в связи с невозможностью контроля МНО. Только 6,6% пациентов с частыми пароксизмами ФП, госпитализированные в стационар с синусовым ритмом для подбора антиаритмической терапии, принимали антикоагулянты, при выписке варфарин был назначен 1 пациенту из 9 с высоким риском ТЭО. При перманентной форме ФП и высоком риске ТЭО, варфарин был назначен 26,5% больным, после кардиоверсии — 8,0%.

В 2012 г. антитромботическая терапия оценивались независимо от формы ФП и тактики ведения больных. Высокий риск ТЭО по шкале CHADS2 имели 49,2% пациентов, по шкале CHA2DS2VASc — 88,1%. Перед плановой кардиоверсией всем больным проводилась подготовка антикоагулянтами с достижением целевых значений МНО. Для восстановления СР наиболее часто применялся амиодарон — 88,9%. Продолжить прием антикоагулянтов в амбулаторных условиях рекомендовано 29,2% больных (варфарин — 27,7%, дабигатран — 1,5%), 55,4% больных назначен аспирин. Из назначенных для удержания СР антиаритмических препаратов наиболее часто применялся амиодарон — 50%, препараты IC класса — 33,3%, соталол — 16,6%.

Выводы: За 5 летний период произошли положительные сдвиги в профилактике ТЭО у пациентов с ФП. Всем больным перед плановой кардиоверсией проводится адекватная подготовка антикоагулянтами с достижением целевых значений МНО. Однако недостаточно часто рекомендуется продолжить прием антикоагулянтов в амбулаторных условиях. Для восстановления и удержания СР наиболее часто применяется амиодарон.

0675

НЕЙРОАДАПТИВНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭКОЛОГО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫМ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ

Смирнова И.Н., Симагаева Н.Н., Люберцева Е.И., Алайцева С.В.

ФГБУН «Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России», Томск

Целью исследования являлась оценка влияния нейроадаптивной электростимуляции (СКЭНАР-терапии) на состояние психологического статуса, качества жизни и функциональные резервы больных артериальной гипертонией (АГ) с хроническим психо-эмоциональным напряжением.

Методы исследования. Проведено обследование 55 больных с клиническими признаками АГ и хронического психо-эмоционального напряжения, средний возраст которых составил 51,7±3,46 лет, из них 44 (89%) — женщины, 11 (20%) — мужчины, которые по роду своей профессиональной деятельности подвергаются неблагоприятным факторам (работники со сменным режимом труда, операторы, машинисты, спасатели и др.). ГБ I стадии выявлена у 8 (14,55%), II стадии — у 37 (67,27%) и III стадии — у 10 (18,18%) больных. Больные были разделены на 2 группы, в I группу вошли 33 больных, получавших нейроадаптивную электростимуляцию (СКЭНАР-терапию) в комплексе с йодобромными ваннами и ЛФК, больные II контрольной группы не получали СКЭНАР-терапию. Лечение проводилось на фоне гипотензивной терапии, назначенной пациенту на предыдущих этапах лечения. Для оценки психологического статуса и качества жизни использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS, субъективную шкалу оценки астении MFI-20, опросник качества жизни SF-36. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось по данным кардиоинтервалографии. Интегральный анализ функциональных резервов организма проводился на ПМК «Информационная система мониторинга функциональных резервов и адаптационных способностей человека» (Томск).

Результаты. Динамика показателей вегетативной регуляции у больных ГБ после курса СКЭНАР-терапии была более выражена: выявлено увеличение Mo ($p<0,029$), что говорило об активации гуморального звена вегетативной регуляции, рост dX ($p<0,023$) и уменьшение ИН ($p<0,010$), что говорило о снижении активности симпатической нервной системы. Отмечалось уменьшение выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS и астенического синдрома по шкале MFI-20. По данным опросника SF-36 отмечено, что СКЭНАР-терапия улучшает показатели, характеризующие не только эмоциональное состояние пациентов, но и общее состояние здоровья. Значимо снижались показатели интенсивности боли, уменьшалась психо-эмоциональная напряженность, возрастала работоспособность и устойчивость нервной системы к стрессам. По результатам анализа функциональных резервов организма отмечалось снижение биологического возраста пациентов, повышалась самооценка здоровья, отмечался рост показателей функционального резерва желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, что в целом привело к росту общего функционального резерва организма (ОФР). Таким образом, метод СКЭНАР-терапии оказывает позитивное влияние на состояние психо-эмоционального статуса, вегетативной нервной системы и общие адаптационные резервы организма у больных АГ с хроническим психо-эмоциональным напряжением.

0676

ХРОНОСТРУКТУРА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА

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

ФГБУН «Томский НИИ курортологии и физиотерапии» ФМБА, Томск

Цель работы: Изучение хроноструктуры АД по данным СМАД и показателей липидного обмена в разные сезоны года и разработка на этой основе методических подходов к оптимизации восстановительного лечения

больных ГБ.

Обследовано 216 больных ГБ I-II стадии, цирканнуальные и циркадианные ритмы АД оценивались по данным СМАД. Липидный спектр оценивался по содержанию триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС) и ХС ЛПВП, с расчетом индекса атерогенности (ИА) и концентрации холестерина ЛПНП и ЛПОНП. Исследования проводились до и после курса восстановительного лечения, состоящего из ЛФК, ручного массажа, йодобромных ванн и КВЧ-терапии на БАТ. Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием пакета SPSS-18 (SPSS Inc., США).

В результате исследований установлены отчетливые сезонные изменения изучаемых показателей. Максимальные значения дневного САД зарегистрированы в весеннее и летнее время года (152,89±13,87 мм.рт.ст), минимальные — осенью (143,28±10,75 мм.рт.ст. p=0,041), макс. значения дневного ДАД выявлены также в летний период (97,3±10,87 мм.рт.ст), минимальные — зимой (89,6±2,26 мм.рт.ст. p=0,03).). При этом частота выявления типов суточной кривой АД (dipper) в летнее время года была самой низкой (20,8%), тогда как зимой тип dipper регистрировался у 37% пациентов с ГБ. Максимальные значения ОХС приходились на январь (6,23±0,31 ммоль/л) и июнь-июль (6,06±0,24 ммоль/л), а минимальные на сентябрь (5,28±0,28 ммоль/л) и апрель (5,52±0,25 ммоль/л). Акрофаза ОХС практически совпадала с ортофазой ХС ЛПВП и акрофазой ХС ЛПНП в зимний период года. Лечение с применением КВЧ-терапии и йодобромных ванн в зимнее время года способствовало статистически значимому снижению только дневного САД (с 144,3±9,73 до 138,2±7,33 мм.рт. ст., p=0,027), летом отменно снижение ночных САД и ДАД (p=0,025). Динамика измененных значений показателей липидного обмена после курса лечения в зимний период года была недостоверной.

Анализ эффективности базового лечебного комплекса показал, что минимальный эффект лечения был получен в летние, максимальный — в весенние и зимние месяцы года. Исходя из полученных данных, в летние месяцы года в лечебный комплекс включалась нейроадаптивная электростимуляция (СКЭНАР-терапия) с целью улучшения адаптационных возможностей, антиоксидантного и гипотензивного действия. После лечения в группе пациентов, получавших СКЭНАР-терапию, наблюдалось значимое снижение атерогенных фракций холестерина, уровня АД и увеличение доли пациентов с нормальным типом суточных ритмов АД dipper на 36%, превосходящее по степени выраженности эффект КВЧ-терапии в группе контроля.

Таким образом, хронобиологическая коррекция лечения способствовала повышению его эффективности на 35% в летние месяцы, что подтверждает актуальность данного подхода к оптимизации санаторно-курортного лечения.

0677

ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Согияйнен Ю. М.

ФБУ ЦМСЧ 119 ФМБА России МСЧ №6, Королёв

Анализ материалов статистики, многочисленных научных исследований показал негативные тенденции в состоянии физического, психического и репродуктивного здоровья подрастающего поколения России в сочетании с нарастанием в детско-подростковой среде многочисленных проблем медико-социального генеза (Щепин В. О., Чичерин Л. П., Согияйнен А. А., 2012). Частота выявления минимальных аномалий развития сердца (МАРС) колеблется от 39% до 68,9% (Меньшикова А. А. 2001; Мутафьян О. А., Цыганова О. Н., 2004). Грозными осложнениями МАРС являются: внезапная смерть, парадоксальная тромбэмболия, расслаивающая аневризма аорты, нарушение сердечного ритма, лёгочная гипертензия, нарушения кардиогемодинамики, отрыв хорды и перфорация створки клапана, инфекционный эндокардит (Белозеров Ю. М., Болбиков В. В., 2001).

Цель исследования — оценить эффективность эхокардиографии с цветным доплеровским картированием при профилактических осмотрах молодёжи.

Материал и методы. Проведение эхокардиографии с цветным доплеровским картированием (ЭХО — КГ с ЦДК) у молодых людей 18-27 лет. Исследование проводилось на аппарате Aloka SSD-3500 (Япония).

Результаты. ЭХО — КГ с ЦДК было проведено у 73 человек, из которых 1-я группа — 24 юноши, у которых в анамнезе были жалобы на неприятные ощущения в области сердца или сниженная толерантность к физической нагрузке; 2-ю группу составили юноши без субъективных жалоб в количестве 49 человек.

В результате обследования МАРС выявлены у 45 пациентов (61,6%) в т.ч. у 20 человек 1 группы (83,3%),

25 чел 2 группы (51%). Частота выявления различных МАРС составила:

пролапс митрального клапана (ПМК) 1 степени выявлен у 39 человек (53,4%), ПМК 2 ст. у 5 пациентов (6,9%); из них с митральной регургитацией (МР) 1 ст. — 20 человек (45,5%), МР 2 ст. — 4 человека (9%); ложные хорды левого желудочка у 10 человек (13,7%); дефект межжелудочковой перегородки у 9 человек (12,3%); пролапс трикуспитального клапана 1 ст. у 7 чел. (9,6%). Изолированные МАРС наблюдались в 44,4% случаев, сочетанные в 55,6%.

В результате обследования у 56,2% молодых людей впервые были выявлены латентные пороки и минимальные аномалии развития сердца (МАРС).

Выводы: эхокардиография с ЦДК позволила более качественно провести скрининговое исследование сердца у 61,7% молодых людей. ЭХО — КГ с ЦДК целесообразно включить в перечень обязательных методик проводимых в период профилактических осмотров с целью раннего выявления МАРС и профилактики их грозных осложнений, особенно у детей и подростков.

0678

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И НЕФРОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сокаева З.Т., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценка гендерных особенностей гиполипидемического и нефропротективного действия различных вариантов липидкорригирующей терапии у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. В исследование включены 143 пациента с МС (71 мужчина и 72 женщины), медиана возраста 59 (52-67). Больные были рандомизированы в 2 группы: пациентам 1-ой группе (n=66, 32 мужчины и 34 женщины) был назначен симвастатин 40 мг/сутки, 2-ой группы (n=77, 39 мужчин и 38 женщин) — фиксированная комбинация симвастатина 20 мг и эзетемиба 10 мг в сутки (Инеджи, MSD). Всем пациентам исходно, через 1, 2 и 6 месяцев оценивали показатели липидного профиля, выраженность альбуминурии (АУ) количественным методом. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле MDRD. Обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США), использовались непараметрические методы статистики.

Результаты исследования. На фоне применения симвастатина и инеджи у мужчин целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЦУ ХС ЛПНП) был достигнут в 81,2% и 64,1% случаев соответственно. Использование инеджи у женщин сопровождалось достоверно более частым достижением ЦУ ХС-ЛПНП по сравнению с терапией симвастатином: у 86,8% и 55,9% пациентов соответственно ($p<0,05$). Достижение ЦУ ХС-ЛПНП на фоне применения статина наблюдалось достоверно чаще у мужчин (81,2%), чем у женщин (55,9%) ($p<0,05$).

Через 6 месяцев терапии как симвастатином 40 мг, так и инеджи отмечалось достоверное снижение уровня АУ и увеличение СКФ независимо от пола. Вместе с тем в группе мужчин применение статина или инеджи обеспечивало сопоставимое уменьшение АУ на 24,2 и 26,7% соответственно ($p>0,05$), а также увеличение СКФ — на 17,3% и 29,9% соответственно ($p>0,05$). В группе женщин лечение инеджи оказывало статистически более значимый нефропротективный эффект, чем статин: АУ уменьшилась на 27,6% и 23,3% ($p<0,05$), а СКФ увеличилась на 21,4% и 16,9% соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, применение симвастатина 40 мг/сутки и инеджи у мужчин с МС обеспечивает сопоставимый липидкорригирующий эффект по числу пациентов, достигших целевых значений ХС-ЛПНП. Использование инеджи у женщин имеет преимущества перед монотерапией симвастатином в отношении липидкорригирующего эффекта. Оба варианта липидкорригирующей терапии обеспечивают сопоставимое нефропротективное действие у мужчин, тогда как у женщин более значимое уменьшение выраженности АУ и увеличение СКФ имеет место при использовании инеджи. Вероятно, полученные нами результаты могут быть использованы в клинической практике для индивидуализированного подбора липидкорригирующей терапии у пациентов с метаболическим синдромом.

0679

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСМКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Соколов И. М., Агова О. М, Гафанович Е.Я., Железнякова Н.А, Конобеева Е.В., Коньшина Л. Е.

ГБОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель — исследование качества проводимых мероприятий по профилактике обострений коронарной болезни у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в течение первого года после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: обследованы 124 больных обоего пола в возрасте от 45 до 77 лет. В исследование включались пациенты, перенесшие ИМ в течение последних 8-12 месяцев с признаками ХСН, соответствующих II-IV функциональным классам. Среди обследуемых у 43 больных ИМ был повторным, 26 пациентов в качестве фоновой патологии имели сахарный диабет, 73 — артериальную гипертонию. При первичном осмотре оформлялись формализованные карты наблюдения, в которых фиксировались объем и качество проводимой на амбулаторном этапе лечения, мероприятия по коррекции факторов риска, частоту и характер осложнений коронарной болезни, отмечавшихся в течение рассматриваемого периода.

Результаты: в течение анализируемого времени после перенесенного ИМ исследуемые систематически получали рекомендованную терапию в 86,7% всех случаев, в 10,3% — принимали курсами, либо при развитии стенокардитических приступов (преимущественно использовался нитроглецирин), а в 3 % — терапия не проводилась вовсе. Среди лекарственных средств, включённых в терапию пациентов с ХСН, лидируют диуретики и ингибиторы АПФ — 85,8% и 80,4% соответственно; 7,7% больных принимали сартаны (непереносимость ИАПФ). Доля бета-адреноблокаторов составила 72%. Периферические вазодилататоры для профилактики приступов стенокардии (нитраты, как правило) получали 26% исследуемых. 18,7% больных использовали сердечные гликозиды (в абсолютно большинстве случаев это больные с фибрилляцией предсердий). 14,7% больных принимали блокаторы медленных кальциевых каналов — амлодипин (по поводу артериальной гипертонии). Дезагреганты в виде монотерапии (аспирин) включались в виде компонента терапии во всех случаях, когда лечение проводилось в принципе (86,7%), в том числе 10,4% принимали два антитромбоцитарных средства (клопидогрел и аспирин). Коррекция гиперхолестеринемии и дислипидемии в случае их выявления осуществлялась у 62.7% больных ИБС. Больные ХСН, получавшие какую-либо терапию, использовали не менее трех препаратов.

Выводы: среди анкетируемых в течение 6-12 месяцев после перенесённого ИМ число случаев прогрессирования ХСН и число повторных ИМ составили соответственно 21,5% и 6,6%. Адекватной терапия амбулаторного этапа может быть признана в 78,4% всех рассмотренных случаев. Причины неэффективной терапии — назначение лекарственных средств в дозах, не оказывающих терапевтического действия, использование препаратов с недоказанной эффективностью, либо прогностически незначимых.

0680

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Солдатенко Н.В., Ждамарова О.И., Елисеева Л.Н.

ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар

Цель исследования: сравнительная оценка динамики толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) у больных артериальной гипертензией (АГ) и первичным субклиническим гипотиреозом (СГ) на фоне комбинированной антигипертензивной терапии.

Методы исследования. В исследование были включены 98 больных АГ с СГ, разделенные на 3 группы. Пациенты 1 группы получали амлодипин 5-10 мг/сут в комбинации с индапамидом 1,5 мг/сут, 2 группы — лизиноприл 5-10 мг/сут в комбинации с индапамидом 1,5 мг/сут, 3 группы — бисопролол 5-10 мг/сут с индапамидом. Исходно и через 18 месяцев лечения проводилось определение липидного спектра, ультразвуковое исследование сонных артерий на ультразвуковом сканере «PHILIPS» HD-11 XE (США).

Результаты. Проведено сопоставление динамики ТКИМ сонных артерий на фоне различных схем антигипертензивной терапии. ТКИМ в группах сравнения до начала лечения была сопоставима и составила 0,811±0,093 мм, 0,816±0,093 мм и 0,802±0,091 мм соответственно. Ангипертензивный эффект в группах сравнения был сопоставим, к концу периода наблюдения был достигнут целевой уровень АД. Достоверных различий в динамике ТКИМ у пациентов, получавших комбинации амлолипин+индапамид и бисопролол+индапамид не выявлено (Δ%=1,52±4,61; p=0,081 и Δ%=1,36±4,88; p=0,498). Вместе с тем, на фоне терапии лизиноприл+индапамид к концу анализируемого периода зарегистрировано достоверное уменьшение ТКИМ (Δ%=-4,58±6,15%; p=0,047). Степень стеноза на фоне 1-й и 3-й схем антигипертензивной терапии достоверно не изменилась, на фоне лечения комбинацией лизиноприл+индапамид имела тенденцию к снижению (Δ%=-4,86±5,21; p=0,052). На момент начала лечения атеросклеротические бляшки (АСБ) в сонных артериях выявлены 1-й группе — у 18,9% пациентов, во 2-й группе — у 19,4%, в 3-ей группе — у 20% обследованных. Через 18 мес наблюдения на фоне проводимой антигипертензивной терапии в области сонных артерий у больных 1-й и 2-й групп количество АСБ осталось без изменений, в 3-й группе — увеличилось на 3,3%. Однофакторный дисперсионный анализ выявил, что схема лечения значимо влияет на ТКИМ (F=27,655; p<0,0001); критерий Шеффе показал, что наибольшее уменьшение ТКИМ происходит под влиянием комбинации лизиноприл+индапамид (p<0,0001). Согласно результатам однофакторного дисперсионного анализа влияние этой комбинации на величину уменьшения ТКИМ было наибольшим как в подгруппе дополнительно принимавшей левотироксин (F=9,326; p<0,01); по критерию Шеффе p<0,01), так и в подгруппе без левотироксина (F=20,169; p<0,001); по критерию Шеффе p<0,01).

Вывод. Таким образом, антигипертензивная терапия комбинацией лизиноприл+индапамид в течение 18 месяцев приводит к достоверному снижению ТКИМ сонных артерий у больных АГ с первичным СГ, не зависящее от приема левотироксина.

0681

ИНТЕРВАЛЬНАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ПРЕДИАБЕТОМ

Соловей С.П., Манак Н.А., Козлов И.Д., Карпова И.С., Кошлатая О.В., Мацкевич С.А.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь

Цель исследования: оценить антиангинальную, антиишемическую эффективность интервальной нормобарической гипокситерапии (НГТ) у пациентов со стабильной стенокардией и предиабетом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК и предиабетом (нарушением толерантности к глюкозе/гликемии нтощак) ИНСД, из них 30 — дополнительно к медикаментозному лечению получили 20 сеансов НГТ в дифференцированном режиме с учетом степени устойчивости к гипоксии (основная группа). Использовали стационарную установку «Био–Нова–204» с подачей гипоксической азотно-кислородной газовой смеси с 13,5% содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе в условиях нормального давления. Остальные 20 пациентов, леченных только медикаментозно, составили группу сравнения. Медикаментозная терапия включала бета-адреноблокаторы, иАПФ, амлодипин, индапамид, аспирин, статины, по показаниям — пролонгированные нитраты по гибкой схеме. Для коррекции углеводного обмена применялись диетотерапия и метформин. Средний возраст пациентов в группах — 60,1±0,86 и 59,5±0,93 лет соответственно. У всех регистрировалась АГ I-II степени. Все пациенты прошли велоэргометрическое тестирование по протоколу непрерывно — возрастающих ступеней нагрузки на аппарате Hellige с использованием аппаратно — программного комплекса «Сигма». Рассчитывали объем выполненной работы и произведенные энергозатраты — отношение двойного произведения на высоте нагрузки к пороговой мощности нагрузки. С использованием комплекса «Philips Holter» всем пациентам до и после лечения проводили суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты. Спустя 4 недели лечения происходило увеличение объема выполненной работы с 1356,2±136,23 кгм до 2016,1±123,15 кгм (p<0,05) и времени проведения теста с 261,4±15,23 сек до

312,1±12,11 сек (p<0,05). При этом снижались энергозатраты с 2,54±0,123 у.е. до 1,89±0,134 у.е., что говорит от экономичности работы сердечно-сосудистой системы. В группе пациентов, леченных только медикаментозно, существенных изменений за указанный срок мы не наблюдали: исходные объем работы и время проведения пробы составили 1261,2±198,23 кгм и 250,2±18,19 сек. соответственно, в конце наблюдения — 1390,2±1,51 кгм и 272,3±12,31 сек соответственно. Не снижалась и величина энергозатрат: 2,40±0,234 у.е. исходно и 2,50±0,153 у.е. повторно. Клинически у пациентов основной группы происходило уменьшение частоты приступов стенокардии (с 3,8±0,45 до 0,9±0,23, p<0,001) и количества принимаемых таблеток нитроглицерина в неделю для их купирования (с 2,0±0,41 до 0,6±0,12). В группе сравнения различий не замечено: количество приступов стенокардии (4,2±0,42 и 4,1±0,36 соотв.) и еженедельно принимаемого нитроглицерина (2,3±0,22 и 2,6±0,23 соотв.) оставались прежними, достоверно отличаясь от соответствующих показателей в основной группе наблюдения (p<0,05). По данным суточного мониторирования ЭКГ после курса гипокситерапии ни у одного пациента ишемия не выявлялась (p<0,05), чего не наблюдалось в группе сравнения.

Заключение. Во время гипоксической тренировки происходит активизация всех транспортных систем доставки кислорода к тканям, ферментативных процессов биологического окисления, ресинтеза макроэргов, что приводит к активизации дыхания, кровообращения, микроциркуляции, формируя структурный след долговременной адаптации. Повышение адаптации миокарда к ишемии при применении НГТ позволяет рекомендовать методику к использованию в лечении пациентов с коронарной болезнью сердца и сопутствующим нарушением углеводного обмена с целью улучшения у этой тяжелой категории эффективности медикаментозной терапии.

0682

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИННЕСОТСКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ «КАРДОСТИН»

Спицина Т.Ю.,[1] Темирсултанова Т.Х.,[1] Лопатин Ю.М.[2]

[1]Волгоградский областной клинический кардиологический центр,Волгоград, Россия

[2]Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель исследования. Оценить различные аспекты качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне терапии препаратом «Кардостин» с помощью Миннесотского опросника.

Материалы и методы. Исследование включало 60 пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии, с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≤ 40% и ХСН II-IV ФК, средний возраст пациентов 56.9±1.3 г. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Больные были разделены на 2 сопоставимые группы. Первая группа (n=30) наряду со стандартной терапией ХСН (β-блокаторы, ингибиторы АПФ или БРА II, антиагреганты, статины) дополнительно получала кардостин (совокупность сверхмалых доз антител к С-концевому фрагменту АТ1-рецепторам ангиотензина II аффинно очищенных и антител к эндотелиальной NO синтазе аффинно очищенных) в дозе 3 таблетки в сутки сублингвально. Вторая группа пациентов (n=30) была плацебо-контролируемой, и соответственно больные получали только стандартную терапию ХСН. Качество жизни пациентов оценивалось в баллах с помощью Миннесотского исходно и через 1,3, 6 месяцев терапии. Ответы на 21 предложенный вопрос давались больными самостоятельно. В итоге могла быть набрана сумма баллов от 0 (невероятное, абсолютно лучшее качество жизни) до 105 (невероятное, катастрофически низкое качество жизни).

Результаты. При добавлении в стандартную терапию препарата «Кардостин» мы наблюдали значимое улучшение качества жизни у больных с ХСН. Согласно Минессотскому опроснику: жизненный статус в первой группе через 3, 6 месяцев улучшился на 19,5% и 32 % соответственно (p<0,001), в группе плацебо этот прирост составил 9% и 11 % (p>0,05) соответственно. Анализ качества жизни пациентов показал, что к 6 месяцу исследования исследуемый показатель в группе Кардостина улучшился как по сравнению с исходным уровнем, так и с группой плацебо.

Выводы: Исследование выявило преимущество длительной терапии ХСН, включающей Кардостин, над стандартной терапией ХСН в плане значимого улучшения качества жизни за счет снижения частоты симптомов заболевания и улучшения восприятия (психоэмоциональное восприятие).

0683

АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ 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» Минздрава РФ, Москва

Цель исследования: выявление ангиографических факторов, ассоциированных с различным состоянием коллатерального кровотока (КК) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: в исследование включены 603 пациента (26.5% женщин, 73.5% мужчин, средний возраст 61.6±9.8 лет, 60.36% с инфарктом миокарда в анамнезе), у которых методом коронароангиографии был выявлен как минимум один стеноз не менее 70%. КК 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 (КА), однако ветви не контрастируются; 3 — контраст по коллатералям заполняет сегмент КА и её ветви). Для этих целей у каждого пациента был взят один стеноз с максимальным значением КК (индексный стеноз); также всем больным подсчитано значение индекса Syntax, отражающего большую тяжесть атеросклеротического поражения коронарного русла и повышенную трудность проведения ангиопластики. Всем больным проведено стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. С учетом всех изученных ангиографических факторов в качестве кандидатов в независимые предикторы КК, построили упорядоченную логит — регрессионную модель, с помощью которой рассчитывали отношение шансов (ОШ) для лучшего состояния КК. В качестве порогового уровня статистической значимости для включения и исключения кандидатов в предикторы в регрессионной модели была взята $\alpha = 0.1$.

Результаты: самым сильным независимым предиктором коллатерального кровотока оказался остаточный антеградный кровоток по модифицированному TIMI (ОШ = 10.17, p<0.0005 для TIMI = 2; ОШ = 34.70, p<0.0005 для TIMI = 1 и ОШ = 24.65, p <0.0005 для TIMI = 0; всё в сравнении с TIMI = 3). Состояние КК было лучше при более выраженном стенозе (ОШ = 1.06, p<0.0005), большем числе окклюзированных артерий (ОШ = 4.41, p = 0.001 для 1 окклюзии и ОШ = 9.92, p <0.0005 для 2 окклюзий), причём независимо от наличия окклюзии кровоснабжаемой коллатеральным кровотоком артерии, и при большем индексе Syntax (ОШ = 1.04, p = 0.003).

Регрессионная модель, учитывающая перечисленные факторы, объясняет 58.7% вариабельности в состоянии КК.

Выводы: 1. Получена многофакторная модель КК у больных ИБС, обладающая высокой предикторной значимостью; 2. Из всех анатомо-физиологических характеристик, оцениваемых в ходе коронароангиографии, наибольшее влияние на развитие коллатерального кровоснабжения миокарда оказывает степень снижения антеградного кровотока по модифицированному TIMI. Лучше состояние КК наблюдается при более выраженном стенозе, большем числе окклюзированных КА, причём независимо от индексного стеноза, большем индексе Syntax.

0684

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИКОРА КАК КАРДИОГЕПАТОПРОТЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Стаценко М.Е., Туркина С.В., Косивцова М.А.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ России, г. Волгоград, Российская Федерация

Цель: изучение влияние 2-этил-6 метилгидроксипиридина сукцината на структурно-функциональное состояние сердца и печени у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом 2 типа (СД).

Методы: в исследование включалось 60 больных с ХСН I-II функциональных классов (ФК) ишемического генеза и СД в возрасте 45-60 лет с ультразвуковыми (УЗ) признаками стеатоза печени, из которых было

сформировано 2 группы. Основная (1 группа) группа пациентов (30 больных) в течение 16 недель в дополнение к базисной терапии ХСН (эналаприл, бисопролол, аспирин, симвастатин, при необходимости диуретики, нитраты) и СД (глибенкламид±метформин) получала Мексикор в дозе 400 мг/сутки перорально. Контрольная (2 группа) группа пациентов принимала только базисные средства лечения ХСН и СД. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, клинико-лабораторным показателям, характеру проводимой базисной терапии. Всем больным проводились тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), эхокардиографическая оценка структурно-функционального состояния сердца, ультразвуковое исследование печени, определение активности аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансфераз, гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), расчет индекса стеатоза печени по Jeong-Hoon Lee.

Полученные результаты: при включении мексикора в состав комбинированной терапии через 16 недель у больных основной группы ФК ХСН снизился с 1,7±0,46 до 1,4±0,49 ($p<0,05$), ТШХ увеличился на 5,6% ($p<0,05$). В 1-й группе больных отмечено увеличение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) на 9,33%.($p<0,05$). Статистически значимое уменьшение полостных размеров сердца (КДР ЛЖ, КСР ЛЖ) продемонстрированы только в основной группе пациентов. Частота встречаемости нормальной геометрии ЛЖ возросла на 7,4% в 1-й группе vs 5,6% в группе контроля за счет снижения частоты встречаемости концентрического ремоделирования ($p>0,05$). Влияние терапии на диастолическую дисфункцию (ДД) ЛЖ сопровождалось увеличением доли I стадии ДД за счет снижения количества пациентов с ДД II-й стадии на 19,8% в 1-й группе vs 8,3% во второй ($p<0,05$). Отмечено статистически значимое снижение активности АСТ и АЛТ в основной группе пациентов (Δ,% -39,06 и Δ,% -26,93 соответственно vs Δ,% — 4,1 и Δ,% 0,98 в контрольной группе). Снизилась активность ферментов холестаза: ГГТП на 41,86% vs 6,94% ($p<0,05$) соответственно в 1-й и 2-й группах, и ЩФ — на 22,27% vs 0,34% ($p<0,05$). Индекс стеатоза печени в основной группе пациентов достоверно уменьшился на 9,43%, тогда как в группе контроля увеличился на 2,46%. В 1-й группе изменился УЗ класс стеатоза печени по E. Yilmaz: отмечено снижение количества пациентов со II (на 3,33%) и IC (на 6,67%) классов стеатоза за счет увеличения числа больных с IA и IB классами (Δ, % IA = 33,3 %, Δ % IB = 40 %, $p<0,05$) при отсутствии значимых изменений в группе контроля.

Выводы: Использование мексикора в комбинированной терапии больных ХСН и СД 2 типа с жировым гепатозом положительно влияет на структурно-функциональное состояние сердца и печени, демонстрируя свойства кардиогепатопротектора.

0685

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Стовба Е.С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить особенности течения инфаркта миокарда у больных с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Проанализировано 73 истории болезни пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q: мужчин — 37 (50,6 %), женщин — 36 (49,4%) в возрасте 63,4±10,3 лет. Диагноз инфаркта миокарда был установлен согласно принятым стандартам. Диагноз ХОБЛ верифицирован на основании медицинской амбулаторной документации, индекса курения и спирографии.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с инфарктом миокарда с зубцом Q без сопутствующей ХОБЛ — 25 человек (34,3%): мужчин — 7 (9,6%) и женщин — 18 (24,7%). 2-ю группу составили пациенты с инфарктом миокарда с зубцом Q и диагностированной ранее ХОБЛ — 48 человек (65,7%): мужчин — 30 (41,0%) и женщин — 18 (24,7 %). Индекс курения составил 35,6±12,5 пачка/лет у мужчин и 15,3±5,2 пачка/лет у женщин. Признаки сердечной недостаточности оценивали по классификации T. Killip. Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ «Statistica 6,0». Для сравнения дискретных величин использовался х-квадрат. Статистически значимыми считали различия при значениях $P<0,05$.

Полученные результаты. В первой группе пациентов признаки сердечной недостаточности по Killip I стадии выявили у 11 человек (15,0%): 3 мужчин (4,1%) и 8 женщин (10,9%), II стадии — у 9 человек (12,3 %): 3 мужчин (4,1%) и 6 женщин (8,2%) , III стадии — у 5 человек (6,8 %): 1 мужчины (1,4%) и 4 женщин (5,4 %). Признаков сердечной недостаточности IV стадии в этой группе не было выявлено.

У пациентов второй группы (с сопутствующей ХОБЛ) признаки сердечной недостаточности по Killip I стадии встречались почти в 2 раза реже, чем у пациентов первой группы — у 6 человек (8,2%), причем количество мужчин и женщин было одинаковым — по 3 человека (4,1%). Однако, у этой группы пациентов, признаки сердечной недостаточности по Killip II — IV стадии встречались в 3 раза чаще, чем у пациентов с инфарктом миокарда без сопутствующей ХОБЛ: II класса — у 28 человек (38,4%): 18 мужчин (24,8%) и 10 женщин (13,6%), III класса — у 12 человек (16,5%): 7 мужчин (9,7%) и 5 женщин (6,8%), IV класса — у 2 мужчин (2,8%).

У больных 1 группы признаки сердечной недостаточности II — III стадии по Killip встречались у женщин статистически значимо чаще ($p<0,05$), чем у мужчин.

У больных 2 группы признаки сердечной недостаточности II — IV стадии по Killip встречались статистически значимо чаще ($p<0,05$) у мужчин, чем у женщин: II стадии — в 1,8 раза, III стадии — в 1,4 раза, IV стадии — в 2 раза.

Рецидив инфаркта миокарда был диагностирован только у 4 пациентов (5,4%) 2 группы (с сопутствующей ХОБЛ).

Выводы. У больных инфарктом миокарда с сопутствующей ХОБЛ развивались более выраженные признаки сердечной недостаточности. В этой группе пациентов чаще отмечались рецидивы инфаркта миокарда. У мужчин инфарктом миокарда с сопутствующей ХОБЛ признаки сердечной недостаточности встречались чаще, чем у женщин.

0686

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА

Стригун В. В., Левашов С. Ю., Малкиман Г. Ш.

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

Цель исследования: На примере Южно-Уральского региона изучить распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний сельского населения и оценить глобальный сердечно-сосудистый риск.

Материалы и методы: Исследована сплошная выборка сельского населения Челябинской области в возрасте 18-64 года. Общее количество респондентов — 2003 человека, из них 1288 женщин (64,3%) и 715 мужчин (35,7%). Проведен опрос населения с помощью специально разработанной стандартной анкеты, с учетом рекомендаций ВОЗ, физикальное обследование, определение уровня общего холестерина крови (ОХС), определение общего 10-летнего риска развития фатальных сердечно — сосудистых катастроф с помощью таблиц SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Результаты исследования: Распространенность курения составила 26,1%, из них 86,6% у мужчин и 13,4% у женщин. Распространенность артериальной гипертонии (АГ) в популяции составила 50,3%: 71,8% у женщин и 28,2% у мужчин. Избыточную массу тела и ожирение (ИМТ>25,0 кг/м2) имели 72,9% сельского населения, из них 70,5% — это женщины и только 29,5% — мужчины. Избыточная масса тела (ИМТ=25-29,99 кг/м2) была выявлена у 33,8% сельского населения: у женщин — 60,5%, у мужчин- 39,5%. Абдоминальное ожирение (АО), оцененное по показателю окружности талии (в см), также широко было распространено в сельской популяции — 67,6%: у мужчин — 39,8%, у женщин — 82,9%. Повышенный уровень ОХС (>5,0 ммоль/л) выявлен у 38%, при этом у женщин частота гиперхолестеринемии была выше, чем у мужчин — 73,1% и 26,9% соответственно. Среди населения с уровнем ОХС больше 5,0 ммоль/л чаще встречалась АГ — 47,3% случаев (70,6% у женщин и 29,4% у мужчин), против 38,4% случаев в группе с уровнем ОХС крови менее 5,0 ммоль/л (у 68,9% женщин и у 31,1% мужчин). Такая же закономерность наблюдается с распространением избыточной массы тела и ожирения: у лиц с уровнем ОХС >5,0 ммоль/л — 79,5% (женщины 81,6%, мужчины-28,4%), а в группе с уровнем ОХС крови <5,0 ммоль/л- 65,9% (женщины — 72,3%, мужчины — 27,7%). Частота АО в группе с повышенным уровнем ОХС крови составила 69,8% (21,2% — это мужчины и 78,8% — это женщины), а в группе с нормальным уровнем ОХС крови — 60,7%, где 79,6% — женщины и 20,4% — мужчины. Высокий риск развития сердечно — сосудистых событий (5% и более по таблицам SCORE) имели 4% сельской популяции, из них 98% мужчины и 2% женщины. Однако отдельно в мужской популяции этот процент был существенно выше и составлял 11,8%, а в женской всего 0,1%.

Выводы: Сельское население Южно — Уральского региона характеризуется высокой распространенностью традиционных факторов риска. При этом курение чаще наблюдается в мужской популяции, а артериаль-

ная гипертензия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела и ожирение чаще у женщин. Однако наиболее высокий глобальный риск фатальных сердечно — сосудистых событий установлен среди мужчин.

0687

СЕРОВОДОРОД КАК ЭНДОГЕННЫЙ РЕГУЛЯТОР КАЛЬЦИЙИНДУЦИРОВАННОГО ОТКРЫВАНИЯ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПОРЫ В СЕРДЦЕ ВЗРОСЛЫХ И СТАРЫХ КРЫС

Струтинская Н.А., Семенихина Е.Н., Будько А.Ю., Сагач В.Ф.

Институт физиологии им. А.А. Богомольца НАН Украины, Киев

Нарушение функциональной деятельности сердца с возрастом сопровождается повышенной чувствительностью митохондриальной поры (МП, от анг. mitochondrial permeability transition pore) к индукторам. Формирование неселективной кальцийзависимой митохондриальной поры (МП) составляет основу индукции клеточной смерти — апоптоза. Открывание МП связано с критической нагрузкой митохондрий ионами кальция, накоплением и длительным воздействием свободных радикалов кислорода и азота, а также наблюдается при патологических состояниях и старении. Сероводород (H2S) является биологически активным газовым медиатором, который осуществляет регулирование ряда важных физиологических функций в организме, в том числе, модуляторный контроль над функциями клеток и их органелл, таких, как митохондрии. Однако роль H2S в регуляции порообразования в митохондриях сердца окончательно еще не выяснена. В связи с этим целью нашей работы было изучить влияние донора сероводорода гидросульфида натрия (NaHS), субстрата его биосинтеза — L-цистеина и специфического ингибитора H2S-синтезирующего фермента цистатионин–γ-лиазы — пропаргилглицина на чувствительность МП к действию естественного индуктора Ca2+ в сердце взрослых и старых крыс. Открывание МП регистрировали спектрофотометрически (λ=520нм). В опытах in vitro показано, что действие донора сероводорода (10-12 — 10-8 моль/л) вызывало умеренное, независимое от кальция набухание митохондрий сердца крыс. Специфический ингибитор митохондриальных КАТФ-каналов 5-гидроксидеканоат (10-4 моль/л) уменьшал набухание митохондрий в присутствии NaHS (10-10 моль/л), что может свидетельствовать о вкладе этих каналов в кальцийнезависимую проводимость мембран органелл в сердце. Донор сероводорода в физиологических концентрациях 10-6, 10-5 и 5.10-5 моль/л ингибировал кальцийиндуцированное открывание МП на 31, 76 и 77% соответственно в сердце взрослых крыс, а у старых животных протекторный по отношению к порообразованию эффект наблюдали при концентрации NaHS 10-5 моль/л. Преинкубация изолированных митохондрий с 5-гидроксидеканоатом (10-4 моль/л) уменьшала защитный эффект NaHS (10-5 моль/л) на кальцийиндуцированное открывание МП, что свидетельствует о возможном участии митохондриальных КАТФ-каналов в зависимом от сероводорода ингибировании порообразования в сердце крыс. В экспериментах in vivo при одноразовом внутрибрюшинном введении как NaHS (10-4 моль/кг), так и L-цистеина (10-3 моль/кг) показано уменьшение чувствительности МП к индуктору Ca2+ в сердце взрослых и старых крыс. В опытах in vivo при использовании специфического блокатора фермента цистатионин-γ–лиазы — пропаргилглицина (10-4 моль/кг), участвующего в биосинтезе сероводорода, наблюдали значительное увеличение чувствительности МП к индуктору Ca2+. Показана причастность эндогенного сероводорода к регуляции порообразования в сердце. Таким образом, результаты исследований свидетельствуют об участии сероводорода в модуляции изменений проницаемости митохондриальных мембран, что может быть важным регуляторным фактором в развитии сердечнососудистых заболеваний.

0688

ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КАРДИОПРОТЕКТОРОГО ДЕЙСТВИЯ НОВОГО АКТИВАТОРА КАТФ КАНАЛОВ ПРЕПАРАТА ФЛОКАЛИН

Струтинский Р.Б., Коцюруба А.В., Струтинская Н.А., Нагибин В.С., Мойбенко А.А.

Институт физиологии им. А.А. Богомольца НАН Украины, Киев, Украина

Одним из важнейших механизмов эндогенной кардиопротекции при ишемии миокарда является функциональная активность АТФ-зависимых калиевых каналов. В настоящей работе изучено действие нового фторсодержащего фармакологического активатора этих каналов препарата флокалин. В экспериментах на анестезирован-

ных собаках in vivo с воспроизведением экспериментальной ишемии (90мин) и реперфузии (180мин) изучены кардиопротекторные эффекты лекарственной формы (таблетки) флокалина при его пероральном введении в дозе 2,2мг/кг, которая в условиях физиологической нормы минимально влияла на показатели кардиогемодинамики. К положительным эффектам флокалина можно отнести предотвращение реперфузионного повышения общего периферического сопротивления и сопротивления коронарных сосудов, умеренное снижение артериального давления, которое ослабляет нагрузку на пораженное сердце и содействует сохранению сердечного выброса в первые часы ишемии, и относительное сохранение показателей сократимости миокарда. Анализ биохимических показателей крови и миокарда позволил определить еще несколько кардиопротекторных механизмов. Они заключаются в активации конститутивного биосинтеза NO и угнетении: деградации аргинина аргиназой, реутилизативного и индуцибельного биосинтеза NO. Последнее предупреждает образование токсического пероксинитрита (ограничение генерации активных форм азота) при взаимодействии избыточного NO с супероксидом. Об угнетении генерации активных форм кислорода свидетельствует уменьшение образования пероксида водовода, диеновых конъюгатов и вышеупомянутого супероксида (в т.ч. в ксантиноксидазной, липоксигеназной и циклооксигеназных реакциях, о чем свидетельствует уменьшение уровней мочевой кислоты, LTC4 и TxB2). Учитывая, что эти эйкозаноиды в условиях ишемии миокарда имеют патогенные свойства, угнетение их образования является еще одним кардиопротекторным механизмом флокалина. Уменьшение содержания свободной арахидоновой кислоты может свидетельствовать о торможении деградации фосфолипидов клеточных мембран, возможно в результате угнетения активности фосфолипазы А2, и указывает на его мембранностабилизирующее действие (подтверждено при электронно-микроскопических исследованиях). Защитным механизмом является уменьшение деградации АТФ и ГТФ. О сильном антиишемическом действии свидетельствует повышение содержания нитрит аниона (образуется спонтанно при окислении NO только в оксигенированных растворах). В экспериментах на изолированных митохондриях сердца крыс нами было показано ингибирование флокалином отрывание митохондриальной поры, а в экспериментах с аноксией-реоксигенацией изолированных неонатальных кардиомиоцитов уменьшение некроза и предупреждение апоптоза. Одним из важнейших показателей защитного действия флокалина в экспериментах с ишемией-реперфузией миокарда является уменьшение размера области инфаркта миокарда по сравнению с контролем на 42%. Полученные данные свидетельствуют о значительном кардиопротекторном потенциале флокалина и о возможном клиническом использовании.

0689

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ АРИТМИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.В. Суворов, Г.Н. Зубеева, Ю.Н. Кузьменко, И.В. Конюхова.

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ», МЛПУ ГКБ № 33, г. Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: Выявить особенности возникновения неблагоприятных аритмий сердца у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН).

Методы исследования: В исследовании принимали участие 100 больных с ТХПН находящихся на лечении программным гемодиализом. Средний возраст пациентов 50,5±1,5 лет. Из обследуемых 49,0 % (49 человек) мужчины, 51,0 % женщины (51 человек). Причинами развития ХПН явились: хронический гломерулонефрит-42,2 %, поликистоз-18,8%, диабетическая нефропатия-11,3%, хронический пиелонефрит-14,0 %, и прочие-12,5%. Длительность ХПН 6,0±0,7 лет. Длительность гемодиализа составила в среднем 25,7±3,43 мес. Пациентам проводилось суточное ЭКГ-мониторирование в день гемодиализа. Группу сравнения составили 30 больных с ТХПН додиализного периода (15 мужчин и 15 женщин), средний возраст сопоставим с группой наблюдения и составил 49,8±2,0 лет.

Результаты: У 65% больных находящихся на длительном лечении программным гемодиализом, выявленна желудочковая экстрасистолия высоких градаций (III, IV класс по B.Lown, N.Wolff). Чаще регистрировалась политопная ЖЭ, в том числе по типу парной, групповой, бигимении, тригимении. У 48 % пациентов выявлена частая наджелудочковая экстрасистолия, у 15 % пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Эктопическая активность регистрировалась преимущественно после сеанса гемодиализа. Ведущими механизмами увеличения эктопической активности являются изменения электролитного и кислотно-щелочного балансов, воздействие на миокард уремических токсинов, паратиреоидного гормона, которые связанны как с самой ТХПН, так и с проце-

дурой гемодиализа. У больных додиализного периода чаще встречалась одиночная наджелудочковая экстрасистолия (42% больных) и реже желудочковая экстрасистолия низких градаций (I, II класс по B.Lown, N.Wolff).

Выводы: Больные с ТХПН, находящиеся на лечении программным гемодиализом, по сравнению с больными додиализного периода, имеют более высокую эктопическую активность с преобладанием прогностически неблагоприятных нарушений ритма сердца, особенно после сеанса гемодиализа, что связанно с нарастанием электролитных нарушений в постдиализном периоде.

0690

ГЕНДЕРНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В МАЛЫХ ГОРОДАХ И СЕЛАХ КЫРГЫЗСТАНА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА)

Суворова Е.И.,[1] Концевая А.В.,[1] Баланова Ю.А.,[1] Полупанов А.Г.,[2] Халматов А.Н.,[2] Алтымышева А.Г.[2]

[1]ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава», Москва, Россия

[2]Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель: изучение распространенности артериальной гипертонии (АГ) среди населения Кыргызстана с учетом половозрастной и этнической принадлежности.

Материалы и методы. В рамках международного многоцентрового эпидемиологического исследования «ИнтерЭпид» обследована случайная представительная выборка из населения малых городов и сел Кыргызстана 20-79 лет с откликом не менее 80% в 2011-12гг (1330 чел.). Формирование выборки осуществлялось вероятностным методом в следующем порядке: выбор населения обоего пола по избирательным спискам в возрастном диапазоне 20-79 лет на год обследования. Исследование проводилось с использованием стандартных эпидемиологических методов. Критерии АГ: систолическое АД (САД) ≥140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст., или больной получает антигипертензивные препараты. Этнические группы: киргизы, русские, прочие (дунгане, немцы, белорусы, украинцы, татары, уйгуры, грузины, турки, корейцы, казахи, армяне, азербайджанцы, узбеки).

Результаты и обсуждение. По результатам международного многоцентрового эпидемиологического исследования «ИнтерЭпид» стандартизированная по возрасту распространенность АГ среди женщин была статистически значимо выше, чем среди мужчин — 46,7% vs 33,2% ($p < 0,05$).

Стандартизированная по возрасту распространенность АГ отличалась в различных этнических группах (киргизы, русские, прочие): среди русских распространенность АГ была статистически значимо выше по сравнению с остальными этническими группами и составила 46,2% ($p < 0,05$), у киргизов — 36,8% и у прочих — 26,1%.

Заключение. По результатам международного многоцентрового эпидемиологического исследования «ИнтерЭпид» стандартизированный показатель распространенности АГ среди жителей малых городов и сел Кыргызстана составил 44,0%, причем у женщин этот показатель был статистически значимо выше ($p < 0,05$), среди русских распространенность АГ оказалась статистически значимо выше по сравнению с другими этническими группами ($p < 0,05$).

0691

ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ АССОЦИИРУЕТСЯ С УВЕЛИЧЕНИЕМ АКТИВНОСТИ МАРКЕРОВ КОЛЛАГЕНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Сыволап В.Д., Лашкул Д.А.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Цель исследования — подтвердить гипотезу о том, что снижение фильтрационной способности почек у больных с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза сопровождается активизацией маркеров деградации коллагенового обмена.

Методы исследования: обследовано 277 пациента в возрасте от 40 до 72 лет, средний возраст 58 [52; 66] лет с ХСН II-IV функционального класса, обусловленной ишемической болезнью сердца. Пациентам проводили комплексное клинико-инструментальное обследование. Содержание N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pro-BNP), матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы-1 (ТИМП-1), цистатина С (ЦисС) определяли у 78 пациентов методом иммуноферментного анализа с использованием специальных тест-систем. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно критериям NKF K/DOQI (2002). У 47 пациентов СКФ была выше 90 мл/мин/1,73м2 (1 группа), незначительное снижение СКФ от 60 до 89 мл/мин/1,73м2 выявлено у 171 больных (2 группа), у 59 больных отмечалось умеренное и выраженное снижение СКФ — ниже 60 мл/мин/1,73м2 (3 группа). Статистическая обработка проводилась при помощи пакета статистических программ “Statistica 6.0” (пакет StatSoft Inc, США, № лицензии AXXR712D833214FAN5). Оценка достоверности различий проводилась с использованием пакета прикладных программ статистической обработки данных с помощью непараметрических критериев Краскала-Уолиса, Манна-Уитни, Спирмена.

Полученные результаты: нами установлено, что по мере снижения СКФ в исследуемых группах регистрировались следующие особенности — более высокий уровень ЦисС (1048,3±217,3 нг/мл; 1317,2±544 нг/мл; 1563,6±735,9 нг/мл, p=0,05, соответственно в 1-й, 2-й и 3-й группах), ММП-9 (8,9±1,7 нг/мл, 9,1±1,8 нг/мл, 9,6±1,9 нг/мл, соотв., p=0,05), ТИМП-1 (340,9±119,4 пг/мл, 384,9±275,6 пг/мл, 326,2±152,8 пг/мл, соотв., p=0,6). При проведении корреляционного анализа у пациентов с умеренным снижением СКФ выявлены стойкие взаимосвязи средней силы между ТИМП-1 и мочевиной (r=0,69; p=0,04), ЦисС (r=0,28; p=0,05), NT-pro-BNP (r=0,31; p=0,05); ММП-9 и ЦисС (r=0,49; p=0,04); СКФ и возрастом (r=-0,29; p=0,02), NT-pro-BNP (r=-0,51; p=0,003); ЦисС и NT-pro-BNP (r=0,52; p=0,003).

Выводы: у пациентов с ХСН ишемического генеза ухудшение функционального состояния почек ассоциируется с активизацией плазменных маркеров деградации экстрацеллюлярного матрикса. Патофизиологические механизмы взамосвязи между миокардиальным фиброзом, почечной дисфункцией и развитием хронической сердечной недостаточности на фоне ишемической болезни сердца требуют дальнейшего изучения.

0692

ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сытина И.В., Ковалёва О.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить типы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от циркадного ритма артериального давления (АД).

Материал, методы. Обследовано 50 человек с ГБ, сочетанной с СД 2 типа, и 20 относительно здоровых человек, которые составили группу контроля. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Исследование циркадного ритма проводили при помощи аппарата для суточного мониторирования АД (СМАД) — ТМ 2421 (компания A&D, Япония). Циркадный ритм изучали в зависимости от степени снижения АД в ночное время: ”dippers” — достаточное снижение АД (суточный индекс СИ(10-20%), “non-dippers” — недостаточное снижение АД (СИ‹ 10%), “over-dipper” чрезмерное снижение АД (СИ› 20%), и “night-peakers” при наличии ночной гипертензии (СИ‹ 0%). Для определения вариантов ремоделирования ЛЖ использовали классификацию A. Ganau и соавт. — нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ), концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ), — концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ).

Результаты. Больные ГБ, сочетанной с СД 2 типа, были распределены на 4-ре группы, согласно циркадному ритму АД. Первую группу составили пациенты с феноменом ”dippers” — 32%, вторую группу “non — dippers” — 30%, третью — “night–peakers” -20%, четвертую — “over–dipper” — 18%. При анализе данных эхокардиографии выявлено, что в группе ”dippers” НГЛЖ имели 66,7% больных (ИММЛЖ-93,8[84,6;104]г/м2, ОТС- 0,43[0,38; 0,44]), КРЛЖ — 33,3% (ИММЛЖ-169,9[84,6;104]г/м2, ОТС- 0,43[0,38; 0,44]). В группе “non — dippers” — НГЛЖ была выявлена у 22,2% (ИММЛЖ-95,7[93,7;96,7]г/м2, ОТС- 0,43[0,42; 0,44]), ЭГЛЖ у 33,3(ИММЛЖ-119,5[117,9;155]г/м2, ОТС- 0,37[0,32; 0,44]), КГЛЖ у 44,5% больных (ИММЛЖ-181,1[154;190] г/м2, ОТС- 0,49[0,47; 0,49]). В группе “night–peakers” — КГЛЖ у 50% больных (ИММЛЖ-125,4[155,4;144,9]

г/м2, ОТС- 0,53[0,49; 0,55]), ЭГЛЖ — у 50% (ИММЛЖ-142,7[135;154,7]г/м2, ОТС- 0,39[0,38; 0,42]) и в группе "over–dipper" выявилось — КГЛЖ у 50% (ИММЛЖ-179,3[159,5;199,9]г/м2, ОТС- 0,53[0,50; 0,54]), ЭГЛЖ у 50% (ИММЛЖ-144,4[116,5;145,5]г/м2, ОТС- 0,40[0,32; 0,44]).

Выводы. 68% больных с ГБ, ассоциированной с СД 2 типа, характеризовались нарушенным циркадным ритмом АД. У больных с сохраненным физиологическим ритмом АД, отмечалось достоверно большее количество пациентов с нормальной геометрией левого желудочка, по сравнению с пациентами, у которых отмечался нарушенный физиологический ритм АД. Наиболее неблагоприятные в прогностическом отношении циркадные ритмы ("night–peakers", "over–dipper") характеризовались наибольшим количеством пациентов с формированием концентрической и эксцентрической гипертрофии миокарда левого желудочка.

0693

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЛИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Тавкаева Д. Р., Маянская С.Д.

Казанская государственная медицинская академия ГОУ ДПО Росздрава Межрегиональный клинико-диагностический центр, Татарстан, Казань

Цель исследования: выявить характер и частоту встречаемости ББИМ, как показателя степени тяжести органических изменений в сосудах сердца, у больных с инфарктом миокарда (ИМ), после первичного чрескожного коронарного вмешательства (ПЧКВ) или проведенного тромболизиса или аортокоронарного шунтирования (АКШ) или консервативного лечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 70 человек в возрасте 36-75 лет с ИМ (50 мужчин, 20 — женщин). ББИМ оценивалась с помощью холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ. Всем больным проводилась коронароангиография (КАГ). Через 6 месяцев оценивались конечные точки: повторный инфаркт миокарда, летальность, нарушения ритма, ХСН, появление болевых форм ИБС.

Результаты. Частота встречаемости ББИМ распределилась следующим образом: 1) без гемодинамически значимых стенозов — у 6 %, 2) с гемодинамически значимыми стенозами — у 94% больных, среди которых: с многососудистым поражением — 42% (47% — с правым, 19% — с левым, 33% — со сбалансированным типом кровообращения), из них стентированные составили 19%, находящиеся на консервативной терапии — 52%, пациенты с запланированным АКШ — 28%; с двухсосудистым поражением — 26% (69% — с правым, 23% — с левым, 8% — со сбалансированным типом кровообращения), из них стентированные составили 69%, находящиеся на консервативной терапии — 23%, с запланированным АКШ — 8%; с однососудистым поражением — 26% (69% — с правым, 15,5% — с левым, 15.5% — со сбалансированным типом кровообращения), из них стентированные составили 38,5%, после тромболитической терапии -15%, находящиеся на консеватвной терапии — 38%, с запланированным АКШ- 8%. Через 6 месяцев по данным ХМТ ЭКГ в группе стентированных ББИМ выявлялась в 6,6% случаев, что соответствовало рестенозу стента и приводило к повторному стентированию стент в стент. В группе после АКШ ББИМ выявлялась у 50% больных. В группе консервативной терапии болевые формы ИБС наблюдались в 46,7% случаев, у 6,6% — зарегистрирован летальный исход. В группе после тромболизиса у 6,6% ББИМ совпадала с эпизодами наджелудочковой тахикардии.

Выводы. Таким образом, ББИМ является важным предиктором появления болевых форм ИБС, рестеноза стента, увеличения летальности и нарушений ритма, а также важный прогностический показатель степени тяжести органических изменений коронарных артерий по данным КАГ.

0694

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Талагаев С.В., Стаценко М.Е.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»; НУЗ ОКБ на ст. Волгоград 1 ОАО «РЖД», Волгоград, Россия

Цель исследования: Оценить параметры, характеризующие диастолическую функцию левого желудочка(ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы: В исследование включены 150 больных (все мужчины) АГ в возрасте 30-50 лет. Основную группу составили 75 пациентов с АГ и СОАС, группу сравнения -75 пациентов АГ без СОАС. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ, средним значениям систолического и диастолического АД и индексу массы тела. Всем больным было предложено ответить на вопросы анкеты, разработанной StradlingJ.R.,проводили кардиореспираторное мониторирование, выполняли эхокардиографическое исследование, суточное мониторирование артериального давления.

Результаты и обсуждения: Изучена взаимосвязь СОАС с нарушениями систолической и диастолической функций ЛЖ. В обеих группах больные с АГ нарушений систолической функции ЛЖ не было выявлено. Диастолическая дисфункция (ДД) отмечена у 47 пациентов (62,7%) основной группы, из них Iтип ДД (замедленное расслабление миокарда) — у 40 (85,1%), IIтип ДД (псевдонормальный) — у 7 (14,9%) человек, и у 17 пациентов (22,7%) группы сравнения — у всех из них ДД Iтипа. Обращает внимание высокая распространенность диастолических нарушений у больных с СОАС по сравнению с контрольной группой (p<0,001). У больных с Iтипом ДД легкое течение СОАС выявлено у 15 (37,5%), течение средней тяжести — у 21 (52,5%), тяжелое течение — у 4 (10%) человек. У пациентов со II типом ДД СОАС средней тяжести диагностирован у 1 (14,3%), тяжелое течение — у 6 (60%) человек.При сравнении параметров, характеризующих ДД, в подгруппе с СОАС средней тяжести достоверно преобладают пациенты с I типом ДД по сравнению с легким течением СОАС (p<0,05). Между подгруппами со средней тяжестью и тяжелым течением апноэ не было установлено достоверных различий, что объясняется преобладанием пациентов со IIтипом ДД (псевдонормализация) в подгруппе с тяжелым течением СОАС (p<0,001). В подгруппе с тяжелым течением СОАС наряду с нормальными показателями ДД характерны максимальные величины размеров толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительной толщины стенки (ОТС) левого желудочка. Все пациенты со вторым типом ДД имели СОАС средней тяжести и тяжелое течение, и количество эпизодов апноэ во сне было максимальным. Дилатация левого предсердия (ЛП) достоверно чаще встречалась у пациентов с АГ и СОАС по сравнению с группой сравнения (p<0,001). ДД приводит к возрастанию ригидности ЛЖ и его полости, тем самым увеличивается сопротивление ЛП, развивается дилатация последнего.

Заключение: Сочетание АГ и СОАС характеризуется более выраженными нарушениями ДД ЛЖ и увеличением размеров ЛП.

0695

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Талагаев С.В., Стаценко М.Е.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

НУЗ ОКБ на ст. Волгоград 1 ОАО «РЖД», Волгоград, Россия

Цель исследования: Изучить особенности типов геометрии левого желудочка при артериальной гипертонии (АГ) у больных с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы: Обследовано 150 пациентов АГ в возрасте 30-50 лет. Все больные были рандомизированы на 2 группы: в 1-ю (n=75) включены пациенты с АГ и СОАС, во 2-ю (n=75) — пациенты с АГ без СОАС. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ и индексу массы тела. Всем пациентам предлагалось ответить на вопросы анкеты, разработанной StradlingJ.R. , проводили кардиореспираторное мониторирование, выполняли эхокардиографическое исследование, суточное мониторирование артериального давления.

Результаты и обсуждения: У пациентов с АГ без СОАС нормальная геометрия (НГ) ЛЖ выявлена у 52 (69,3%), концентрическое ремоделирование (КР) ЛЖ — у 12 (16%), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) — у 11 (14,7%) человек, из них концентрическая ГЛЖ — у 7 (63,6%), эксцентирическая ГЛЖ — у 4 (36,4%) пациентов. При сочетании АГ и СОАС НГ ЛЖ отмечена у 27 (36%), КР ЛЖ — у 23 (30,7%), ГЛЖ — у 25 (33,3%) человек, из них концентрическая ГЛЖ — у 23 (92%), эксцентрическая ГЛЖ — у 2 (8%) пациентов. У больных с АГ и СОАС достоверно чаще определялись КР (p<0,05) и концентрическая ГЛЖ (p<0,001), у больных без СОАС

чаще встречалась НГ ЛЖ (p<0,001). У пациентов с легким течением СОАС НГ ЛЖ отмечена у 17 (50%), КР — у 14 (41,2%), концетрическая ГЛЖ — у 3 (8,8%) человек; СОАС средней тяжести НГ ЛЖ — у 9 (29%), КР — у 8 (25,8%), концентрическая ГЛЖ — у 12 (38,7%), эксцентрическая ГЛЖ — у 2% (6,5%) человек; с тяжелым течением СОАС НГ — у 1 (10%), КР — у 1 (10%), концентрическая ГЛЖ у 8 (80%) человек.В подгруппе с легким течением СОАС по сравнению с СОАС средней тяжести преобладают больные с НГ (p<0,05)и КР ЛЖ (статистически недостоверно), количество пациентов с ГЛЖ минимально. В подгруппе с АГ и СОАС средней тяжести статистически достоверно чаще встречаются пациенты с концентрической (p< 0,001) и эксцентрической ГЛЖ (p<0, 05)по сравнению с первой подгруппой . У пациентов с АГ и тяжелым течением СОАС преобладает концентрическая ГЛЖ по сравнению со второй подгруппой (p<0,01), при этом количество больных с НГ минимально. Выявлена достоверная отрицательная корреляция между индексом апноэ/гипопноэ (ИАГ) и НГ (τ=-0,2 ; p<0,05) и положительная — между ИАГ и концентрической ГЛЖ (τ=0,35; p<0,0001).

Заключение: В группе больных с АГ и СОАС достоверно чаще отмечается КР и концентрическая ГЛЖ. С увеличением тяжести СОАС возрастает удельных вес пациентов с ГЛЖ, в большей степени за счет концентрической ГЛЖ.

0696

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА В ЗАВИСИМОСИ ОТ НАПРАВЛЕННОСТИ И ПЕРИОДА ТРЕНИРОВОЧНО-СОРЕВНОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Таминова И.Ф.,[1] Гарганеева Н.П.,[2] Ворожцова И.Н.[3]

[1]МБУ Врачебно-физкультурный диспансер, Нижневартовск, Россия

[2]ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия
[3]ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Оценка состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у квалифицированных спортсменов разных видов спорта в подготовительном и соревновательном периоде тренировочно-соревновательного процесса.

Материал и методы: Обследовано 110 спортсменов (все мужчины, средний возраст 21,45±4,07 года). I группа — борьба (n=30), II- лыжные гонки, биатлон (n=25), III — пауэрлифтинг (n=30), IV — волейбол (n=25), имеющих высокую спортивную квалификацию и спортивный стаж от 5 до 15 лет. В зависимости от типа и интенсивности физических нагрузок: к высоко — динамическим и средне — статическим видам спорта отнесены лыжные гонки и биатлон, к низко — динамическим и высоко — статическим — борьба и пауэрлифтинг; и средне — динамическим и низко — статическим — волейбол. Методы исследования: велоэргометрия (ВЭМ) с оценкой показателей максимального потребления кислорода (МПК), эхокардиография (ЭхоКГ), электрокардиография (ЭКГ).

Результаты. Динамика ЭКГ по периодам подготовки показала, что частота зарегистрированных случаев нарушения ритма сердца у спортсменов I-IV групп в подготовительном периоде составила 20,8%, тогда как в соревновательном, отличающемся повышенным объемом и интенсивностью тренировочной работы, 35,4% (p<0,05). У спортсменов с нарушениями ритма сердца отмечено значимое снижение показателей физической работоспособности по данным ВЭМ. При ЭхоКГ диагностирован пролапс митрального клапана I и II степени с регургитацией I степени (гемодинамически незначимый) в 40,9%, ложные хорды в 31,8% случаях. У спортсменов, развивающих выносливость (лыжные гонки, биатлон), уровень МПК составил в подготовительном периоде 62,02±6,03 мл/мин/кг и сохранял высокие значения в соревновательном периоде 64,88±6,79 мл/мин/кг, что указывает на эффективность работы ССС. Тогда как у спортсменов, развивающих скоростно-силовые качества (борьба), силу (пауэрлифтинг) и в игровом виде спорта (волейбол), отмечено снижение МПК в обоих периодах тренировочного процесса: в I группе до 45,01±7,40 мл/мин/кг и 46,68±7,52 мл/мин/кг, в III группе до 39,56±4,47 мл/мин/кг и 40,22±3,98мл/мин/кг, в IV группе до 44,84±5,57 мл/мин/кг и 44,40±5,11 мл/мин/кг соответственно (p=0,0000). Патологические типы реакции АД на нагрузку наблюдались у 14,5% спортсменов в подготовительном и у 26,4% в соревновательном периодах, превышения времени восстановления ЧСС после прекращения ВЭМ было зарегистрировано в 17,3% случаев в подготовительном и 25,4% в соревновательном периодах (p<0,001), что следует рассматривать в качестве раннего маркера дезадаптации ССС к нагрузкам.

Выводы: Таким образом, выявление ранних маркеров, отражающие состояние дезадаптации ССС к нагрузкам у спортсменов в зависимости от направленности и периода тренировочно — соревновательного процесса, могут быть использованы для разработки программ профилактики ранних осложнений и восстановления систем адаптации сердца к физическим нагрузкам.

0697

МАРКЁРЫ НАРУШЕНИЯ АЛАПТАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ СЕРДЦА У ЛИЦ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Танцырева И.В., Волкова Э.Г., Мовчан Л.Н., Шамурова Ю.Ю., Михайлов Е.В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Цель исследования. Изучить показатели скоростных характеристик электрической активности сердца и длительность интервалов реполяризации у лиц с гипертрофией миокарда левого желудочка с целью выявления маркёров нарушения адаптационной способности сердца

Материалы и методы. В рамках популяционного исследования (cross-sion), включавшего 1200 человек сформирована выборка 359 человек, из них 146 мужчин (средний возраст 40,3+-1,16), 213 женщин (средний возраст 44,6+-0,92), подвергнутая комплексному клинико-лабораторному исследованию. Согласно целям и задачам работы всем исследуемым проводилась регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях, рассчитывали первую производную ЭКГ по методу Волковой Э.Г (1995), показатели длительности корригированных интервалов реполяризации и их дисперсий. Электрокардиограммы кодировали по Минессотскому коду.

Результаты исследования. Установлена достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем систолического артериального давления (САД) и величиной показателя скорости активации желудочков (САЖ) (-r=0,45; p ‹0,001).

При наличии критериев гипертрофии миокарда (15,6% обследованных) выявлена достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем САД и локальными значениями САЖ, характеризующих электрические потенциалы передней стенки левого желудочка (-r=0,58; p=0,007). Установлена достоверная положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем САД и средними значениями длительности интервалов реполяризации (QT end :r=0,58; p=0,007; QT apex: r=0,57; p=0,02; JT end r=0,58; p=0,014; JT apex: r=0,55; p=0,02), а также локальными значениями длительности интервалов реполяризации, характеризующие электрические потенциалы передней стенки левого желудочка (QT end :r=0,67; p=0,012; QT apex: r=0,66; p=0,015; JT end r=0,82; p=0,02; JT apex: r=0,64; p=0,04).

Выводы. У лиц с гипертрофией миокарда левого желудочка при увеличении уровня артериального давления достоверно снижаются показатели величины скоростных детерминант электрической активности сердца и увеличивается длительность интервалов реполяризации, что отражает процессы электрического ремоделирования и может расцениваться как маркёр нарушения адаптационнойф способности сердца у лиц с гипертрофией левого желудочка.

0698

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ С ДИАБЕТИЧЕСКИМИ АНГИОПАТИЯМИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Тарасов А.А., Резникова Е.А., Бочкарева О.И.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград

Целью исследование явилась сравнительная оценка случаев повышения уровня eNOs и случаев аутоиммунных нарушений у больных, страдающих ИБС и СД с ангиопатиями, и соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления по Fabbri и Rabe. Данные состояния являлись критериями включе-

ния в исследование.

Материалы и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 80 больных, имеющих критерии включения, и 40 лиц с критериями СХСВ без ассоциированных клинических состояний (РКО, 2012) с риском по SCORE ›5% определяли содержание антител к коллагену, хондроитин-сульфату, гиалуроновой кислоте и содержание ффВ в сыворотке крови. Интервал нормальных значений для eNOs определили ранее, исходя из значений 25 и 75 персентиля в контрольной группе больных без признаков СХСВ и риском менее 5%; референсные значения eNOs составили в нашем исследовании 160-350 пг/мл. Верхние границы нормальных значений показателя для антител к коллагену, хондроитин-сульфату и гиалуроновой кислоты определяли по Horowitz, и они составили соответственно 1,6 ед.оп.пл., 1,7 ед. оп.пл. и 2,1 ед.оп.пл. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики, достоверность различий оценивании при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин.

Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 65,0% случаев, антител к хондроитин-сульфату — в 60,0% случаев, антител к гиалуроновой кислоте — в 51,3% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 32,5%, 30,0% и 25,0% соответственно. Значения, выходящие за рамки референсного интервала для eNOs в основной группе отмечены в 96,5% случаев (87 человек), при этом в 23,7% (19 человек) имело место превышение данного показателя, в 76,3% — снижение. В контрольной группе значения за рамках референсных отмечены в 70% случаев (28 человек), при этом в 52,5% имело место повышение показателя концентрации eNOs, в 17,5% — снижение. Количество больных в основной группе с биохимическими признаками эндотелиальной дисфункции (изменение концентрации eNOs, характеризующее повреждение эндотелия) при ИБС и СД достоверно превысило аналогичный показатель в контрольной группе, а также все три аутоиммунных маркёра повреждения сосудистой стеки. При этом у подавляющего числа больных в основной группе, в отличие от контрольной группы, имело место снижение концентрации данного показателя, и различия носили достоверный характер.

Таким образом, наличие заболеваний, повреждающих сосудистую стенку в виде ИБС или СД приводит к значительному изменению концентрации eNOs в крови, при этом значительно чаще в сравнении с лицами без ассоциированных клинических состояний, отмечается снижение данного показателя.

Выводы. При наличии АКС признаки эндотелиальной дисфункции в виде повреждения и изменения функциональной активности эндотелия отмечаются достоверно чаще, чем аутоиммунные нарушения, что может свидетельствовать о необратимых дегенеративно-дистрофических процессах в сосудистой стенке.

0699

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И У ЛИЦ С АССОЦИИРОВАННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Тарасов А.А., Резникова Е.А., Бабаева А.Р.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград

Целью исследование явилась сравнительная оценка случаев повышения уровня биохимических маркёров эндотелиальной дисфункции (ЭД) и случаев аутоиммунных нарушений у больных, ИБС и СД, соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления (СХСВ) по Fabbri и Rabe. В качестве группы сравнения использовалась группа лиц с критериями СХСВ и риском по SCORE›0,5% без ассоциированных клинических состояний.

Материалы и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 80 больных, имеющих критерии включения, и 40 лиц с критериями СХСВ и риском по SCORE›0,5% без ассоциированных клинических состояний определяли содержание антител к коллагену, хондроитин-сульфату, гиалуроновой кислоте, а также содержание eNOs, ЭТ-1 ииффВ в сыворотке крови. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики, достоверность различий оценивании при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин.

Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 65,0% случаев, антител к хондроитин-сульфату — в 60,0% случаев, антител к гиалуроновой кислоте — в 51,3% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 32,5%, 30,0% и 25,0% соответственно. Значения, превышающие верхнюю границу нормальных показателей для ффВ в основной группе отмечены в 63,8% случаев (51 человек), ниже границы нормальных значений — в 2 случаях (2,5%).

В контрольной группе значения, превышающие верхнюю границу нормальных значений для ффВ отмечены у 11 человек (24,5%), ниже границы нормальных значений — в 1 случае (2,5%). Значения, выходящие за рамки референсного интервала для eNOs в основной группе отмечены в 96,5% случаев (87 человек), при этом в 23,7% (19 человек) имело место превышение данного показателя, в 76,3% — снижение. В контрольной группе значения за рамках референсных отмечены в 70% случаев (28 человек), при этом в 52,5% имело место повышение показателя концентрации eNOs, в 17,5% — снижение. Количество больных в основной группе с биохимическими признаками эндотелиальной дисфункции (изменение концентрации eNOs, характеризующее повреждение эндотелия) при ИБС и СД достоверно превысило аналогичный показатель в контрольной группе, а также все три аутоиммунных маркёра повреждения сосудистой стеки. При этом у подавляющего числа больных в основной группе, в отличие от контрольной группы, имело место снижение концентрации данного показателя, и различия носили достоверный характер. Значения, превышающие верхнюю границу нормальных показателей для ЭТ-1, в основной группе отмечены в 40,0% случаев (32 человека); в контрольной группе у 4 человек (10,0%) имело место повышение концентрации ЭТ-1 в сыворотке.

Таким образом, количество больных с признаками аутоиммунного воспаления и с признаками эндотелиальной дисфункции по типу патологической активации и усиленной продукции ЭТ-1 в группе лиц с СД и ИБС оказалось достоверно ($p<0,005$) выше, чем в контрольной группе. Количество больных с повышенной концентрацией ЭТ-1 в основной группе оказалось достоверно ($p<0,05$) ниже количества больных с повышенным уровнем антител к коллагену ($p=0,001$) и аналогичного показателя для хондроитин-сульфата ($p=0,01$) и недостоверно — ($p=0,15$) превышало аналогичный показатель для антител к гиалуроновой кислоте.

Выводы. Наличие заболеваний, ассоциированных с ангиопатиями, таких как СД и ИБС, сопровождается повышением уровня аутоиммунных маркёров поражения сосудистой стенки. Прогрессирование заболеваний ассоциировано с выраженным нарушением функциональной активности эндотелия в виде снижения продукции eNOs, сохранением высокого тромбогенного потенциала сосудистой стенки в виде повышенного уровня ффВ и нарастанием продукции ЭТ-1.

0700

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В Г. ЯКУТСКЕ (ПРОГРАММА ВОЗ РЕГИСТР ОИМ).

Гафаров В.В.,[1] Татаринова В.В.,[2] Горохова Е.В.,[2]

[1]ФГБУ НИИ терапии СО РАМН 630089, г. Новосибирск

[2]ФГБУ ЯНЦ КМП СО РАМН 677039, г. Якутск

С целью исследования было изучить показатели заболеваемости, смертности и летальности от острого инфаркта миокарда среди населения г. Якутска в возрастной группе 25–64 лет в зависимости от национальной принадлежности по программе ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» в период с 01.01.04 по 31.12.06гг.

Определено, что заболеваемость ИМ для мужчин 3,2 — 3,6 (коренных 1,4-1,7 и некоренных 4,3-5) на 1 000 жителей и характеризируются, как средние при сравнении с таковыми, же исследованиями в России и в других городах Европы. Среди женщин заболеваемость от ИМ является высоким и составила 0,8 — 1,1 (коренных 0,3-0,4 и некоренных 1,3-1,7) на 1 000 жителей.

Смертность от ИМ на 100 000 жителей установлено у мужчин 119 — 134 (коренных 33,2-61,7 и некоренных 170,4-183), у женщин 18,6 — 36,5 (коренных 6,3-16,1 и некоренных 26,2-53,3) и характеризируются как высокие при сравнении с таковыми исследованиями в России и в других городах Европы.

Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда с возрастом повышаются, а мужчины страдают от этой болезни достоверно значимо часто, чем женщины на протяжении всех лет исследования в 2004-2006гг. 3,2; 3,6; 3,4 и 0,8; 1,1; 1,0 на 1 000 соответственно ($p<0,0001$). У мужчин достоверно значимо преобладает догоспитальная смертность и летальность от ОИМ (коренных $p<0,02$, некоренных $p<0,001$). У женщин выявлено преобладание госпитальной смертности в старших возрастных группах.

Установлено что, заболеваемость, смертность и летальность от ИМ достоверно значимо выше среди некоренного населения, чем у коренного как у мужчин ($p<0,001$), так и у женщин ($p<0,05$). Наиболее высокие показатели летальности от ИМ у мужчин и женщин зафиксированы в самых молодых возрастных группах, затем оно снижается и вновь повышается в возрастной группе 55-64 лет.

Выводы: Создание практических регистров имеет большое значение для получения объективных данных

о тенденциях заболеваемости, смертности и летальности от ИМ; так как позволит за довольно короткий промежуток времени снизить госпитальную смертность и летальность от ИМ без увеличения финансирования, за счет организационный мероприятий и представляют собой систему надзора за заболеваемостью, смертностью и летальности от ССЗ, а также для сравнения данных с другими странами.

0701

ВОЗМОЖНОСТИ В КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Татарченко И.П, Петрушин И.А., Позднякова Н.В., Морозова О.И., Соловьева К.В.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России, Пенза

Цель исследования: оценить динамику показателей электрической нестабильности миокарда у больных ИБС с диастолической сердечной недостаточностью до и через 1 год после реваскуляризации миокарда (РМ). Материал и методы: 54 пациента с реваскуляризацией инфарктзависимых коронарных стенозов, с сохраненной систолической функцией. Средний возраст больных — 57,9 6 лет. Комплекс обследования: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, оценка турбулентности ритма сердца (ТРС), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) и временной реполяризации желудочков (QTc, QTd), сигнал-усредненная ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ). Результаты: отмечено уменьшение степени тяжести ДД ЛЖ после операции: рестриктивный тип (III тип) ДД ЛЖ — в 13 и 2 наблюдениях, соответственно, до и в позднем периоде, псевдонормальный (II тип) — в 19 и 10 наблюдениях. Тип аномальной релаксации (I тип) регистрировался исходно у 22 больных, после РМ — у 42 пациентов. Улучшение состояния у наблюдаемых подтверждено достоверным снижением среднего балла по Миннесотскому опроснику (MLHFQ): от 28,0 ± 3,5 до 16,5 1,5 баллов. Отсутствие динамики ДД ЛЖ у отдельных пациентов связываем с неполной коррекцией артериальной гипертензии, избыточной массой тела, увеличенным диастолическим размером ЛЖ. Исходно частота ППЖ по группе составляла 39%. После РМ у больных ИБС уменьшились HF QRS-Dauer на 17,2% и LAH Fd на 21%, возросла RMS 40 на 29%, $p<0,05$; нормализация конечной части фильтрованного комплекса QRS отмечена у 26% пациентов (в 66,7% случаев от числа больных с исходно замедленной фрагментированной активностью). Улучшение показателей СУ-ЭКГ связываем с уменьшением негомогенности электрофизиологических свойств миокарда вследствие улучшения коронарной перфузии. Выявлена положительная динамика количественных значений ТРС исходно и после РМ, соответственно, начало турбулентности (ТО) более 0% — от 62% до 28% больных, при наклоне турбулентности (TS) менее 2,5мс/RR — от 54% до 24%, $p<0,05$. Установлена связь нарушения ТРС с ФВ ЛЖ — $r= -0,49$ ($p=0,03$), с индексом конечного диастолического объема — $r=0,51$ ($p=0,02$), с индексом массы миокарда ЛЖ — $r=0,45$ ($p=0,04$). Отмечена взаимосвязь ТО с количеством пораженных коронарных артерий по данным коронароангиографии ($r=-0,482$, $p=0,04$); TS с показателями ВРС: SDNN ($r=0,41$, $p=0,02$) и LH/HF ($r =0,332$, $p=0,02$). Улучшение перфузии миокарда после реваскуляризации сопровождалось положительной динамикой показателей временной реполяризации желудочков: уменьшение QTd на 16,4%, QTc на 18%. Абсолютные значения ТО достоверно коррелировали с QTd ($r=0,349$, $p=0,04$).

Таким образом, комплексное изучение показателей ТРС и ВРС, анализ поздних потенциалов сердца и реполяризации желудочков позволяет оценить эффективность оперативных вмешательств. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии реваскуляризации на динамику показателей электрической нестабильности миокарда при улучшении диастолической функции левого желудочка.

0702

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ ПРИ РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

Таютина Т.В., Недоруба Е.А., Рубан А.П.

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет министерства здравоохранения РФ, Ростов-на-Дону, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей гемодинамики левого желудочка у

больных с ХОБ при развитии и прогрессировании ХЛС.

Материалы и методы: обследовано 140 человек в возрасте от 37 до 69 лет, из них 96 — мужчины (68,5%) и 44 — женщины (31,4%). Средний возраст обследованных больных составил 55,2±1,2 лет. В исследование были включены больные с хроническим обструктивным бронхитом. Выявление ХЛС у больных с ХОБ основывалось на тщательном клинико-инструментальном обследовании, включающем анализ клинической симптоматики, ЭКГ, эхокардиографическое исследование сердца с определением параметров правого и левого желудочков и давления в легочной артерии.

Полученные результаты: у больных с ХОБ без ХЛС, а также у больных с компенсированным ХЛС, достоверных изменений гемодинамических показателей левого желудочка не наблюдалось. У больных с ХЛС и ХСН I стадии наблюдалась тенденция к увеличению ТМЖП (p=0,086) в сравнении с показателем у больных с компенсированным ХЛС. Более выраженные изменения показателей гемодинамики левого желудочка регистрировались у больных с ХЛС и ХСН IIA стадии: достоверно увеличилась толщина МЖП на 10,4 % (p=0,041) в сравнении с соответствующим показателем у больных с ХЛС и ХСН I стадии и на 24,8% (p=0,000) в сравнении с таковым у больных с компенсированным ХЛС, отмечалась тенденция к уменьшению КДР у больных с ХЛС и ХСН IIA стадии по сравнению с аналогичным показателем у больных с ХОБ без ХЛС (p=0,061) и с компенсированным ХЛС (p=0,098). У больных с ХЛС и ХСН IIБ стадии отмечалось достоверное увеличение размера левого предсердия на 9,3 % (p=0,036) в сравнении с показателем у больных с ХЛС и ХСН IIA стадии и на 16,9 % (p=0,000) в сравнении с размером у больных с компенсированным ХЛС. Достоверно изменилась геометрия и размеры левого желудочка, о чем свидетельствовала тенденция к уменьшению КДР ЛЖ (p=0,054) по сравнению с показателем у больных с ХЛС и ХСН IIA стадии, также наблюдалось достоверное увеличение ТЗСЛЖ на 13,2 % (p=0,003) по сравнению с аналогичным показателем у больных с ХЛС и ХСН IIA стадии. Толщина МЖП достоверно отличалась от таковой у больных с компенсированным ХЛС на 24,8 % (p=0,000). Нарастающая диастолическая дисфункция левого желудочка, сдавление дилатированным правым желудочком способствовали статистически достоверному снижению ФВ ЛЖ на 13,1 % (p=0,000) по сравнению с показателем у больных с ХЛС и ХСН IIA стадии и на 15,6 % (p=0,000) в сравнении с показателем у больных с компенсированным ХЛС.

Выводы: для каждого этапа развития и прогрессирования ХЛС характерны соответствующие гемодинамические нарушения левого желудочка, отражающиеся на клиническом состоянии больных.

0703

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ИХ СВЯЗЬ С ОТДАЛЕННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Тимошенко Н.А.,[1] Рагино Ю.И.,[1] Чернявский А.М.,[2] Щербакова Л.В.,[1] Цымбал С.Ю.,[2] Воевода М.И.[1]

[1]ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, Новосибирск, Россия

[2]ФГБУ «ННИИПК им. Е.Н. Мешалкина» Росздрава, Новосибирск, Россия

Метаболическая кардиомиопатия (МК) — поражение миокарда различной этиологии, в основе которого лежат нарушения обмена веществ и образования энергии, приводящие к структурным повреждениям кардиомиоцитов, развитию дистрофического перерождения и нарушению функций миокарда. Целью исследования было изучить электрокардиографические (ЭКГ) маркеры МК у мужчин с коронарным атеросклерозом (КА) и их ассоциации с отдаленными 5-летними результатами операции коронарного шунтирования (КШ).

В исследование было включено 77 мужчин в возрасте 42-77 лет (в среднем 56,7±7,3 лет) со стенозирующим КА, верифицированным при проведении коронароангиографии без острого коронарного синдрома со стабильной стенокардией II-IV ФК — жителей Западной Сибири, поступивших в Клинику на операцию КШ. Всем обследованным пациентам до операции КШ была проведена запись ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях с последующим кодированием по Минессотскому коду. Анализировались такие ЭКГ маркеры МК как продолжительность интервала Q-T, корригированный интервал Q-T, смещение сегмента S-T выше изолинии › 5 мм, депрессия сегмента S-T ниже изолинии › 5 мм неишемического типа, изменения зубца T (уплощение или снижение амплитуды), инверсии, синдром TV1›TV6 (амплитуда T в V1 превышает амплитуду T в V6), признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), нарушения ритма и проводимости.

У мужчин с КА до операции КШ зарегистрированы следующие ЭКГ биомаркеры МК: аритмии у 38 человек (49,4%), ГЛЖ — у 55 (71,4%), синдром TV1›TV6 — у 24 (31,2%), изменение сегмента T — у 58 (75,3%),

повышение сегмента S-T — у 44 (57,1%), депрессия сегмента S-T — у 23 (29,9%), удлинение интервала Q-T — у 5 (6,5%). Получены результаты 5-летнего течения КА после хирургической реваскуляризации миокарда. Выделена группа мужчин с осложненным течением КА (неблагоприятный отдаленный прогноз), в которую вошли умершие 7 человек, 4 пациента у которых развился инфаркт миокарда (ИМ), 11 прооперированных по поводу утяжеления дооперационного ФК стенокардии. Обнаружена положительная корреляция между наличием синдрома TV1›TV6 и летальным исходом в отдаленном периоде (r=0,355, p=0,005). Выявлено, что относительный риск летального исхода в 5-летний период после КШ в группе пациентов с синдромом TV1›TV6 в 5,5 раза выше, чем в группе без синдрома. Кроме того, в группе пациентов с наличием синдрома TV1›TV6 относительный риск развития неблагоприятного отдаленного периода в целом (смерть, ИМ, реоперация) в 2,9 раз выше, чем благоприятного (OR=2,9, λ% CI: 0,81 -10,14). Обнаружены положительные корреляции между повышением сегмента S-T до операции КШ и летальным исходом в отдаленном периоде (r=0,388, p=0,001), и неблагоприятным в целом отдаленным периодом (r=0,364, p=0,005). Кроме того, в группе пациентов с повышением сегмента S-T относительный риск развития неблагоприятного отдаленного периода в целом в 4,8 раза выше, чем благоприятного (OR=3,8, λ% CI: 1,26-13,05).

0704

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Титова Ю.Ф., Крюков Н.Н., Ратникова Л.В., Зайцева И.В.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

Цель: Оценить влияние инсулинорезистентности на состояние брахиоцефальных артерий у больных гипертонической болезнью со средним и высоким дополнительным риском сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы: был обследован 41 пациент, 30 мужчин и 11 женщин с гипертонической болезнью II стадии, отнесенные по «Фремингемской модели» к среднему и высокому дополнительному риску сердечно-сосудистых осложнений, без сопутствующего сахарного диабета, не получающие гиполипидемическую терапию. Все пациенты имели избыточную массу тела или ожирение. Возраст пациентов — от 33 до 58 лет (средний возраст 47,5 года). Пациентам проводились общеклинические исследования, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, определение уровня инсулина плазмы методом ИФА и расчет индекса инсулинорезистентности по формуле HOMA IR.

Результаты: Из 41 пациента 19 человек имели метаболический синдром, 9 пациентов — абдоминальное ожирение при отсутствии метаболического синдрома, у 13 человек не было абдоминального ожирения.

Среди пациентов с метаболическим синдромом индекс инсулинорезистентности HOMA составил от 1,3 до 6,9 (средний показатель 3,1). У 10 (52,6%) было выявлено ремоделирование стенок сонных артерий, у 6 (31,6%) — признаки атеросклеротического поражения, причем в 21% случаев (4 человека) диагностированы атеросклеротические бляшки. Среднее значение HOMA IR у пациентов с изменениями в стенках сонных артериях составило 3,3.

Среди пациентов без метаболического синдрома, но с абдоминальным ожирением HOMA IR составил от 1,2 до 4,9 (средний показатель 3,0). Из 9 человек 5 (55,55%) имели ремоделирование стенок сонных артерий, трое (33,33%) — признаки атеросклеротического поражения, из них у двоих (22,22%) диагностированы атеросклеротические бляшки. HOMA IR у пациентов с ремоделированием и атеросклерозом сонных артерий в среднем составил 3,41.

У пациентов, не имеющих абдоминального ожирения, HOMA IR от 0,6 до 5,6 (в среднем 2,3). У 3 (23%) было зафиксировано ремоделирование стенок сонных артерий, в 5 случаях (38,5%) наблюдалось атеросклеротическое поражение, из них у 4 человек (30,8%) — атеросклеротические бляшки. В среднем HOMA IR у пациентов с изменениями в стенках сонных артерий составил 2,5.

Выводы:

1. Индекс инсулинорезистентности HOMA в среднем был одинаков в группе пациентов с метаболическим синдромом и у пациентов, не имеющих метаболического синдрома, но имеющих признаки абдоминального ожирения. HOMA IR был значительно ниже в группе пациентов без метаболического синдрома и окружностью талии менее 102 см у мужчин и 88 см у женщин.

2. Поражение сонных артерий достоверно чаще встречается при метаболическом синдроме, а также в отсутствии метаболического синдрома, но при наличии признаков инсулинорезистентности (абдоминальное ожирение, повышение индекса HOMA).

3. Измерение окружности талии и определение HOMA IR необходимо для учета фактора инсулинорезистентности и его коррекции при лечении пациентов с гипертонической болезнью.

0705

КАРДИОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Тишина А.М., Балыкова Л.А.

ФГБОУВПО «Мордовский государственный университет им.Н.П.Огарева», медицинский институт, кафедра педиатрии, г. Саранск, Республика Мордовия, Россия

Цель работы: изучить влияние противоопухолевых препаратов на состояние сердца у детей и определить перспективы метаболической кардиопротекции.

Методы исследования: Было проведено ретроспективное изучение историй болезни 50-и детей, находившихся на стационарном лечении в отделении онкогематологии ДРКБ по поводу злокачественных новообразований: острого лейкоза (n= 30), нефробластомы (n= 10), лимфомы Ходжкина (n= 10).

Все дети получали полихимиотерапию согласно установленным при каждой нозологии стандартам с обязательным использованием кардиотоксичных препаратов (доксорубицина, циклофосфана, винкристина).

Полученные результаты: По результатам объективного обследования систолический шум (20%), тахикардия (3,3%) и неправильный сердечный ритм (3,3%) выявлялись одинаково часто при всех злокачественных новообразованиях, тогда как приглушенность тонов чаще выявлялась при лимфомах(30%), чем при лейкозе (13%). Артериальная гипертензия, напротив, у больных лимфомами встречалась реже (10%), чем у пациентов с лейкозом (30%). По результатам стандартной ЭКГ нами установлена сходная представленность как изменения частоты и характера ритма сердца, так и наличия аритмий, обменных нарушений и т.д. Частота регистрации синусовой тахикардии колебалась от 10 до 20%, а дисфункции синусового узла варьировала в пределах 56-65-68,4%. Нарушения АВ проводимости, метаболические расстройства, повышение электрической активности миокарда и признаки его электрической нестабильности встречались у больных 3 групп практически в равной степени (13%). Обращает на себя внимание достаточно высокий процент выявления у онкогематологических больных неполной блокады правой ножки пучка Гиса (до 32%), которая в популяции здоровых детей регистрируется в 12-20%. По данным Эхо — КГ нами было установлено, что МАРС встречались примерно с одинаковой частой при всех злокачественных новообразованиях (40-60%). Дилатация отделов сердца встречалась в группе больных с лейкозами (23%) и нефробластомой (60%). Другие проявления кардиопатии (снижение фракции выброса, диастолическая дисфункция) встречались только в группе больных с лейкозами. По результатам Холтеровского мониторирования ЭКГ частота регистрации экстрасистол была примерно одинакова в группах больных с лейкозами (30%) и лимфомами (40%) , синусовая аритмия и СА блокада так же встречалась с одинаковой частой в группах больных с лейкозами (15%) и нефробластомой (10%). Миграция водителя ритма и синусовая брадикардия регистрировались только в группе больных с лимфомами (23% и 15%).

Выводы: Признаки кардиопатии встречались примерно с одинаковой частотой у пациентов с различными онкогематологическими заболеваниями. Клинические признаки поражения ССС у детей с онкогематологической патологией скудные. Поэтому необходимы данные стандартной ЭКГ Эхо-КГ, холтеровского мониторирования.

0706

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ПРОБЫ С ГЛУБОКИМ ДЫХАНИЕМ

Толкачев П.И.,[1] Божокин С.В.,[1] Сергеев Т.В.,[2]

[1]Санкт-Петербургский государственный политехнический университет, Санкт-Петербург, Россия

[2]ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) во время функциональной пробы с глубоким дыханием (ГД) для определения динамики взаимодействия симпатического (СНС) и парасимпатического (ПСНС) отделов вегетативной нервной системы (ВНС).

Методы: Функциональная проба с ГД состоит из трех этапов. Во время всех этапов испытуемый находится на кушетке в горизонтальном положении. На первом этапе (длительность 10 мин.) испытуемый дышит в собственном ритме. На втором этапе (5 мин.) испытуемый равномерно вдыхает и выдыхает по команде оператора с периодом равным 10 с. На третьем этапе (10 мин) испытуемому вновь предлагается дышать в собственном ритме. В исследовании приняло участие 17 испытуемых. В течение всей функциональной пробы ГД проводилась непрерывная запись электрокардиограммы и ритмограммы сердца. Сигнал кардиоритмограммы обрабатывался с помощью стандартного Фурье- и повторного вейвлет-преобразования (DCWT), использующего материнский вейвлет Морле. На его основе вычислялись спектральные интегралы в диапазонах ULF,VLF,LF,HF, характеризующие поведение локальной частоты $\nu max(t)$.

Результаты: У всех испытуемых ГД сопровождается появлением периодических волн кардиоритма, происходит кардиореспираторная синхронизация. 3D график спектра мощности, построенный стандартным методом оконного преобразования Фурье, качественно демонстрирует область времен, в которой видна частота ВСР. DCWT показывает зависимость локальной частоты от времени. При его использовании особенно отчетливо наблюдаются процессы изменения частотного состава кардиоритмограммы, а его скелетон наглядно показывают изменение спектральных свойств частоты с максимальной амплитудой. На основе полученных данных произведен анализ сценариев изменения во времени синхронизации дыхательного и сердечного ритма. Полученные средние значения равны: коэффицент усвоения ритма KM=8,33, время усвоения ритма τ=232 s.

Выводы: Преимущество метода DCWT по сравнению с методом стандартного Фурье преобразования состоит в возможности более точного вычисления характерных времен нарастания и затухания частот. Нахождение длительности переходных процессов перестройки спектральных компонент ВСР дает возможность изучать динамику взаимодействия ПСНС и СНС отделов ВНС и может стать перспективным неинвазивным способом оценки адаптивных реакций организма.

0707

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ИХ СЕМЕЙ

Толмачева С.Р.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков

В структуре детской инвалидности с 1993 года врожденные пороки развития занимают первое место; в 2011 году их удельный вес составил 29,1%.

Цель исследования: дать характеристику детям-инвалидам с врожденными пороками сердца (ВПС) и их семьям.

Методы исследования. На базе отделения кардиоревматологии института проведено комплексное клинико-социологическое обследование 115 детей-инвалидов (основная группа) и 163 пациентов (группа сравнения) в возрасте 7-18 лет с ВПС. Для определения типа отношения к своему заболеванию использовали «Личностный опросник Бехтеревского института», уровня личностной адаптированности к внутреннему и внешнему миру методику А.В. Фурмана «Насколько ты адаптирован к жизни?», уровень эмоционального стресса оценивали по данным теста Люшера. В социологическом исследовании приняли участие 327 городских семей.

Диагноз ВПС у 36,2% детей был установлен в роддоме, до года в 27,6% случаев, от 2 до 5 лет — у 12,9% пациентов. Поздняя (в возрасте 6-11 лет и старше) диагностика порока отмечалась у 23,3% детей, что у части из них способствовало формированию сердечной недостаточности и ограничению их жизнедеятельности.

Практически у всех детей выявлены различные изменения со стороны нервной системы. У детей-инвалидов достоверно ($p<0,02$) чаще встречается высокий уровень эмоционального стресса (6,0% против 0,9% в группе сравнения). Адаптированность к внешнему и внутреннему миру отмечается у 29,7% пациентов, неадаптированность — у 41,8%, а дезадаптированность — 28,5%. У детей с ограниченными возможностями чаще регистрируются типы отношения к своему заболеванию первого блока шкал: гармоничный (23,3%), эргопатический (25,6%), анозогнозический (17,4%) и смешанный (4,6%). В 23,3% случаев выявлены типы с интерпсихической, а в 5,8% — с интрапсихической направленностью.

Огромное значение для здоровья, социальной интеграции и формирования личности ребенка имеет его

семья. Наличие инвалида в семье является фактором высокого социального риска и предопределяет его замкнутость, нарушение процесса адаптации и дальнейшей интеграции в общество.

Установлены критерии прогноза неблагоприятных психологических и социальных факторов в исследуемых группах с использованием неоднородной последовательной процедуры А.Вальда и А.А. Генкина. Высокую прогностическую информативность (И) имеют: средний уровень стресса у детей (И=1,38), их дезадаптированность (И=1,04) и неадаптированность (И=0,88), профессиональная занятость родителей (работают не по специальности отец — И=9,10 и мать — И=5,71), вредные привычки матери — табакокурение (И=5,37), неполные семьи (мать одна воспитывает больного ребенка; И=4,62), возраст матери при рождении ребенка 26-30 лет (И=1,69), низкое материальное благосостояние семьи (И=0,94) и др.

Ранняя диагностика и своевременная специализированная помощь данной категории детей и подростков позволит значительно снизить уровень ограничения их жизнедеятельности.

0708

ОБОСНОВАНИЕ, РАЗРАБОТКА, ВНЕДРЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ВАЗОВАГАЛЬНЫМИ СИНКОПЕ

Тонких Н.А.

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

Цель: уменьшение количества рецидивов обморочных состояний путем разработки и внедрения комплекса этиопатогенетических лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с вазовагальными синкопе.

Методы исследования: клинические, психофизиологические, спектрофотометрические, колориметрические, инструментальные, статистические.

Результаты: обследование 105 детей от 2 до 18 лет с синкопе вазовагального генеза (ВВС) выявило наличие жалоб в межсинкопальный период у 79,9 % пациентов, нарушения вегетативного (64,0 %), психоэмоционального (53,3 %), антиоксидантного статуса (100,0 %), снижение качества жизни у 17,1 % обследованных, что стало основанием для разработки системы лечебно-реабилитационных мероприятий в дополнение к рекомендациям Европейского общества кардиологов. Пациентам назначали рациональные по возрасту режим дня, учебные и физические нагрузки, увеличение дневного потребления жидкости, использование компрессионного трикотажа; утренний контрастный душ, дважды в год 10-дневные курсы психотренинга и тилт-тренировок. С целью достижения комплайнса каждому ребенку и его родителям в доступной форме объясняли причину синкопе, обучали принципам коррекции поведения с целью устранения факторов, провоцирующих обмороки, методикам самомассажа биологически активных точек, оказанию неотложной само- и взаимопомощи. Для изучения возможностей коррекции вегетативного, психоэмоционального и антиоксидантного статуса изучали воздействие 30-дневного курса препарата с вегетостабилизирующим и антиоксидантным действием.

Результаты 5-летнего наблюдения за детьми с ВВС при условии приверженности пациента к рекомендованной терапии, свидетельствовали об отсутствии рецидивов синкопе у 86,8±3,5 % пациентов, в том числе при проведении провокационных ортостатических проб; улучшения качества их жизни.

Выводы: детям с ВВС рекомендуется соблюдение рационального по возрасту режима дня, учебных и физических нагрузок, увеличение дневного потребления жидкости; ношение компрессионного трикотажа; утренний контрастный душ; самомассаж биологически активных точек. Дважды в год показано проведение 10-дневных курсов психотренинга и тилт-тренировок, 30-дневных курсов препарата с вегетостабилизирующим и антиоксидантным действием. Детям старше 5 лет показано использование методик устранения факторов, провоцирующих синкопе, и усвоение методов оказания самопомощи в пресинкопальном периоде. Родителям и родственникам ребенка с синкопе следует овладеть методиками оказания неотложной помощи при потере сознания, в том числе проведению непрямого массажа сердца.

0709

НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Торгашов М.Н., Пальцев А.И.

ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей липидного профиля крови у ветеранов боевых действий с ПТСР.

Материалы и методы. Нами обследован 161 ветеран боевых действий в возрасте от 24 до 69 лет, средний возраст составил 42,8±0,7 года. Репрезентативность исследования достигалась обследованием всех поступивших ветеранов боевых действий в период 9 месяцев 2009-2010г. Критериями включения в исследование являлись: добровольное информированное согласие на участие в исследовании, мужской пол. Диагноз ПТСР подтверждался при участии психиатра, психолога с использованием опросника травматического стресса (ОТС) И.О.Котенёва. Биохимические показатели крови натощак определяли на клинических химических анализаторах «Labio 200» (Китай), «Энзискан ультра» (Германия). Статистическая обработка проведена с помощью STATISTICA 6. Вероятность различий между группами считалась достоверной при значениях $p<0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ психопатологических нарушений, выявленных у ветеранов боевых действий, показал, что ПТСР различной интенсивности были диагностированы у 147 (91,3%) человек. Средние показатели ПТСР составили 65,5±0,95 баллов. ПТСР с незначительными проявлениями выявлено у 42 (8,6%) пациентов, умеренные — у 47 (29,2%), выраженные — у 58 (36%). ПТСР носили в основном выраженный и умеренный характер. Средние показатели общего холестерина крови (ОХС) 5,2±0,1 ммоль/л. В нашем исследовании значения ОХС коррелировали с возрастом ($r=0,24$; $p=0,021$) и индексом массы тела ($r=0,17$; $p=0,034$). Среди типов дислипидемий (по классификации ВОЗ) у ветеранов в 31,1% случаев выявлен 2а тип, 2в тип был у 15,5% ветеранов и 4 тип у 10,6% пациентов. У 73 (47,8%) участников боевых действий липидный профиль крови был в пределах рекомендуемых ВНОК нормальных показателей. Тип дислипидемий чётко связан с возрастом ($p=0,024$) и индексом массы тела ($p=0,0003$). Нормальные показатели липидного обмена и 4 тип дислипидемии преобладал у ветеранов в более молодом возрасте. Анализ данных выявил, что имеется тенденция к обратной зависимости показателей ОХС ($r=-0,16$; $p=0,038$) и ЛПНП и интенсивности симптоматики ПТСР у ветеранов. Так, большие средние значения ОХС и ЛПНП определялись у пациентов с отсутствием ПТСР. При выраженных и умеренных ПТСР чаще определялись нормальные показатели липидного спектра. Возрастная зависимость развития изменения липидов крови у ветеранов прослеживается после 40-45 лет.

Заключение. Таким образом, показатели липидного профиля у ветеранов войн были выше рекомендованных значений ВНОК. В отличие от гражданского населения, у ветеранов боевых действий значительно чаще выявлялись гипертриглицеридемия и гиполипопротеидемия ЛПВП. Имелась тенденция к обратной зависимости выраженности ПТСР и показателей ОХС и ЛПНП. Как показано в наших исследованиях, ПТСР может играть роль триггерного фактора развития атеросклеротического процесса, в дальнейшем у ветеранов большее влияние на развитие сердечнососудистой патологии играют возрастные изменения в организме.

0710

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Тотушев М.У., Масуев К.А.., Малачилаева Т.М., Алиева С.Б., Кадиева А.С.

ГБУ РД «Республиканский кардиологический диспансер МЗ РД», г. Махачкала, Российская Федерация

Цель: изучение распространённости инфаркта миокарда в сельской и городской местности республики Дагестан за 10 лет.

Методы: Анализ статистических отчётов медицинских учреждений республики Дагестан.

Результаты: В республике Дагестан, как и в Российской Федерации, в целом наблюдается тенденция к снижению числа лиц, заболевших инфарктом миокарда (ИМ) за 2002-2011 гг. В то же время по республики этот показатель ниже российского 2-2,5 раза. Если по Российской Федерации число лиц заболевших ИМ составило в 2002 г. 146,5 на 100 тыс. взрослого населения и к 2011 году этот показатель снизился до 130.4 (на 11%), то в Республике Дагестан этот показатель составил в 2002 году 62,7 на 100 тыс. взрослого населения, а к 2011 году снизился до 41,8 (33%).

При анализе статистических показателей заболеваемости инфарктом миокарда за 2002- 2011 гг. в сельской и городской местности Республики Дагестан были получены данные, указывающие на то, что в сельских районах заболеваемость инфарктом миокарда ниже, чем в городах. Если в 2002 году на 50,6 случаев ИМ в сельской местности (47% от всех ИМ) приходилось 79,7 случая в городе на 100 тыс. взрослого населения, то уже через пять лет 2006 г. на 42,9 случая ИМ в сельской местности (48% от всех ИМ) приходилось 61,3 случая в городе на 100 тыс. взрослого населения, за 10 летний период к 2011 г. на 37.6 случая ОИМ в сельской местности (50% от всех ОИМ) приходится 41,8 случая в городе на 100 тыс. взрослого населения

Выводы: в целом по Республике Дагестан за 10 лет наблюдений отмечается снижение заболеваемости ИМ. В сельской местности показатель заболеваемости ИМ снизился наряду со снижением частоты ИМ в городской местности.

0711

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Третьякова С. С., Никулина С. Ю., Чернова А. А., Малюткина И. И.

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

Цель: изучить генетические предикторы развития эссенциальной артериальной гипертензии у молодых людей (до 35 лет) с отягощенным наследственным анамнезом.

Материалы и методы.

Из базы данных кафедры внутренних болезней № 1 КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого отобраны мужчины в возрасте до 35 лет, европеоидной расы, имеющие верифицированный диагноз гипертонической болезни (ГБ) I или II стадии, 1 или 2 степени, отягощенный наследственный анамнез по ГБ, не имеющие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Общее число лиц, участвующих в исследовании — 100 человек. Всем обследуемым, после подписания информированного согласия, на базе МБУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона г. Красноярска проводится клинический осмотр, электрокардиография, эхокардиоскопия, велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, суточное мониторирование артериального давления. Всем лицам, участвующим в исследовании, планируется проведение молекулярно-генетического исследования на базе ГУ НИИ терапии СО РАМН г. Новосибирска для определения однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) генов — потенциальных предикторов развития эссенциальной артериальной гипертензии (АГ).

Полученные результаты: в качестве предикторов ГБ представляют интерес следующие гены:

COL18A1 — ген коллагена 18 типа альфа-1 (21q22.3). Кодирует матричный белок с антагонистическими свойствами, дефицит которого вызывает ремоделирование, сосудистое воспаление и повреждение эндотелия.

DDAH1 — ген диметиларгинин диметиламиногидролазы 1 (1p22.3). Кодирует фермент, метаболизирующий ассиметричный диметиларгинин (ADMA) и контролирует его концентрацию в плазме. ADMA регулирует продукцию оксида азота посредством фермента эндотелиальной синтазы оксида азота.

MTHFR — ген метаболизма гомоцистеина (1p36.22). Кодирует белок метилентетрагидрофолатредуктазу (MTHFR) — внутриклеточный фермент, участвующий в превращении гомоцистеина в метионин в присутствии кофакторов (пиридоксина, цианокобаламина) и субстрата (фолиевой кислоты).

BKR2 — ген рецептора брадикинина 2 (14q32.1-q32.2). Кодирует рецепторы брадикинина, может образовывать комплекс с АПФ, поддерживая равновесие между ренин-ангиотензиновой и кинин-калликреиновой системами.

AGTR1 — ген рецептора ангиотензина II первого типа (3q24). Кодирует рецепторы 1 типа ангиотензина II, которые модулируют действие ангиотензина II. Потенциально может влиять на предрасположенность к развитию гипертонии и устойчивость к антигипертензивной терапии.

Выводы: потенциальными генетическими маркерами эссенциальной артериапльной гипертензии являются гены COL18A1, DDAH1, MTHFR, BKR2, AGTR1.

0712

ОСОБЕННОСТИ ВНИМАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Третьяков С.В.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить особенности внимания у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от возраста.

Материал исследования. Обследовано 54 человека со 2-3 степенью АГ, риском 3. В зависимости от возраста больные были разделены на группы: первую составили лица молодого возраста (10 человек, средний возраст 41,1±3,4 года); вторую — лица среднего возраста (15 человек, средний возраст 51,3±4,6 года); третью — лица пожилого возраста (14 человек, средний возраст 66,1±3,6 года); четвертую группу составили лица старческого возраста (15 человек, средний возраст 80 ±4,2 года).

Методы исследования. Для исследования объема, распределения и переключения внимания использовалась методика «Расстановка чисел» с определением следующих показателей: производительность, количество ошибок, коэффициент производительности, шкала балльной оценки производительности; методика Мюнстерберга, направленная на определение избирательности внимания с подсчетом количества выделенных слов и ошибок.

Результаты исследования. Изучение внимания у больных АГ в зависимости от возраста по методике «расстановка чисел» показало, что с возрастом снижается производительность (в группах среднего и пожилого возрастов, по сравнению с молодыми, на 25,2% ($p<0,05$), в группе старческого возраста, в сравнении с пожилыми на 21% ($p<0,05$). Это подтверждает динамика значения коэффициента производительности (во второй группе, в сравнении с первой, на 28,6% ($p<0,05$); в третьей, в сравнении со второй, на 26,7% ($p<0,05$); в группе старческого возраста, в сравнении с пожилыми на 9,1%. В группе среднего возраста при выполнении задания появляются ошибки, количество которых в старших возрастных группах повышается в 17 раз. При этом эффективность выполнения задания, выраженное в баллах снижается (в группе лиц среднего возраста, в сравнении с молодыми, на 33% ($p<0,05$), в группе пожилых, в сравнении с группой среднего возраста, на 12% ($p<0,05$), в группе старческого возраста, в сравнении с пожилыми на 27,2% ($p<0,05$). В методике Мюнстерберга, направленной на определение избирательности внимания, показано, что оно падает в группе лиц среднего возраста, в сравнении с молодыми, на 23,9% ($p<0,05$), а в группах лиц пожилого и старческого возраста на 39,2% ($p<0,05$) и 22,6% ($p<0,05$) соответственно. При этом с возрастом снижается удельный вес лиц допустивших ошибки (53,3% в группе среднего возраста, 42,9% — в группе пожилых, 33,3% в группе старческого возраста). В группе лиц пожилого возраста, в сравнении со средним возрастом, количество ошибок было на 20% ($p<0,05$) меньше, а в группе лиц старческого возраста на 17,5% ($p<0,05$) меньше, чем в группе лиц пожилого возраста. Группа лиц молодого возраста не допустила ошибок при максимальном результате.

Выводы. Начиная с группы среднего возраста объем, распределение и переключение внимания ухудшаются, достигая наименьшего значения в группе лиц старческого возраста. С увеличением возраста снижается избирательность внимания, но при меньшей производительности допускается меньшее количество ошибок.

0713

СОСТОЯНИЕ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Третьяков С.В.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить особенности нарушений памяти у больных артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в пожилом возрасте.

Материал исследования: обследовано 28 больных с сердечно-сосудистой патологией (18 женщин и 10 мужчин). Все лица страдали АГ 2-3 степени, 3 стадии, риском 4 и ИБС, представленной стабильной стенокардией напряжения 2-3 ФК. Хроническая сердечная недостаточность была 1-3 ФК. В зависимости от возраста были выделены две подгруппы. Первую составили лица среднего возраста (12 человек, средний возраст

55,0±3,1 года; вторую составили лица пожилого возраста (14 человек, средний возраст 66,3±4,3 года).

Методы исследования: использовались методики «оперативная память», «кратковременная память», «память на числа», «память на образы», «слуховая память». Проводилось исследование зрительно-пространственных функций.

Результаты исследования. В зависимости от возраста выявлены отличия по зрительной кратковременной памяти, памяти на образы, а также по состоянию зрительно-пространственной функции. Так, в группе лиц пожилого возраста, среднее количество баллов по образной памяти было ниже на 14,4% ($p<0,05$), чем в группе лиц среднего возраста. При этом количество лиц с нарушенной образной памятью в первой подгруппе составило 14,3%, во второй — 16,6%.

Кратковременная зрительная память («память на числа») была снижена во всех подгруппах. При этом отмечается увеличение количества лиц с наименьшей суммой баллов (2 балла) с 66,6% в первой, до 71,4% во второй. Частота встречаемости зрительно-пространственных нарушений нарастала с возрастом: в первой подгруппе у 16,6%, во второй — у 28,6%.

Выводы. Таким образом, у больных с сердечно-сосудистой патологией отмечается нарушение кратковременной памяти, в том числе оперативной. В группе лиц пожилого возраста, по сравнению с группой лиц среднего возраста ухудшается зрительная память, нарастают зрительно-пространственные нарушения. Полученные данные должны учитываться при медико-социальном обслуживании лиц изученных категорий.

0714

ВЫЯВЛЕНИЕ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ОЛИГВОНА И СИМВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Тригулова Р.Х.,[1] Шек А.Б,[1] Ахмедова Ш.С.,[1] Аминов С.А.,[1] Хошимов Ш.У.,[1] Касимова М.С.,[2] Шамьянов И.Д.[3]

[1]Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан; [2]Институт иммунологии АН РУз Ташкент, Узбекистан; [3]Институт Химии растительных веществ АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования — сравнительная оценка противовоспалительной активности симвастатина и отечественного препарата олигвон (леукомизин) у больных с нестабильной стенокардией (НС).

Методы исследования. Обследовано 52 пациента с НС соответствующей IIB классу классификации C.W.Hamm, E.Braunwald, в возрасте от 45 до 60 лет, наличием ОИМ в анамнезе в 12, артериальной гипертензией в 36 случаях. Первую группу (I-C) составили 22 пациента принимавших симвастатин, вторую (II-L) — 30 больных принимавших симвастатин в период дестабилизации, и к 7 дню переведенных на прием леукомизина. Исследование включало: стационарный этап (9-10 дней) и этапы амбулаторного наблюдения до 6 месяцев. Оценивались клинико-гемодинамические, биохимические показатели, с определением содержания липидов, аполипопротеинов A-I, B, и вчС-реактивного белка методом иммунотурбидиметрии с латексным усилением которые определялись на биохимическом автоанализаторе «Daytona» (RANDOX). Базисная терапия включала: антикоагулянты, антиагреганты, бета-адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины (100%), затем — 59,2% — леукомизин.

Полученные результаты. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, уровню АД, длительности и клиническому течению заболевания. В исходных средних величинах вч-СРБ не было отмечено статистически достоверных межгрупповых различий ($P>0,05$). Независимо от уровня вч-СРБ, симвастатин и леукомизин в равной мере оказывали гиполипидемический эффект с некоторым различием по статистической мощности ($P<0,01$; $P<0,001$) в отношении ОХС. На этапе лечения оба препарата (симвастатин и леукомизин) обладали в равной степени противовоспалительным действием, снижая уровень вч-СРБ в 2,8 и 2,0 раза соответственно ($P<0,01$). При выбранной медиане вч-СРБ — 5 мг/л средняя статистическая величина вч-СРБ составила в группах I-C и II-L 2,1±1,0 и 2,9±1,6 г/л ($P>0,05$) соответственно. Затем проведен анализ изучаемых параметров в зависимости от уровня вч-СРБ (‹ 5 мг/л и ›5 мг/л), который показал, что в группах I-C и II-L с вч-СРБ ‹ 5 мг/л исходное содержание ХС ЛПНП ниже, чем в группе с вч-СРБ ›5 мг/л. Эффективность противовоспалительного действия обоих препаратов была значимо выраженной в группе с СРБ › 5 мг/л, но у леукомизина выраженность этого плейотропного действия была несколько слабее ($P<0,05$).

Выводы. Таким образом в результате исследований показано, что леукомизин обладает противовоспалитель-

ными свойствами и снижает уровень высокочувствительного С-реактивного белка, особенно при исходно высоком его уровне, что возможно, играет важную роль в стабилизации «ранимой» атеросклеротической бляшки.

0715

ВЛИЯНИЕ АФК НА ОБЪЕМ — ОПОСРЕДОВАННУЮ РЕГУЛЯЦИЮ КАЛИЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Трубачева О.А., Петрова И.В., Суслова Т.Е.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России», Томск

В патогенезе многих заболеваний ведущую роль играют активные формы кислорода (АФК), под действием которых происходит избыточная активация процессов перекисного окисления липидов, что в конечном итоге приводит к изменению физико-химических свойств мембраны клеток. С другой стороны, в настоящее время обсуждается сигнальная роль АФК, рассматривается механизм включения их в регуляцию различных систем клеток. Предполагают, что АФК либо сами выступают в роли вторичных посредников, либо модулируют действие известных регуляторных каскадов клетки.

Цель исследования: изучить влияние перекиси водорода на Ca2+-зависимую калиевую проницаемость мембраны и регулирование объема эритроцитов. Исследования проводили на венозной крови 42 у больных артериальной гипертензией и в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Для исследования Ca2+-зависимой калиевой проницаемости был применен метод регистрации мембранного потенциала в присутствии протонофора. Для регистрации изменений объёма эритроцитов в условиях варьирования осмолярности среды использовался метод оценки светорассеивания суспензии клеток.

Добавление микромолярных концентраций перекиси водорода в среду инкубации эритроцитов не приводило к изменению амплитуды А23187-индуцированного гиперполяризационного ответа (ГО) мембраны клеток. Сжатие эритроцитов вследствие помещения их в среды с повышенной осмолярностью (420 и 520 мосм) вызывало увеличение исследуемого параметра. Внесение перекиси водорода (1 мкМ) в среды инкубации с повышенной осмолярностью вызывало снижение амплитуды ГО по сравнению с результатами, полученными при сжатии клеток в отсутствие перекиси водорода. Внесение эритроцитов в гиперосмолярную среду повышло оптическую плотность раствора, что свидетельствовало о снижении объема эритроцитов. Добавление перекиси водорода в гиперосмотические среды не изменяло объем клеток. Наиболее вероятной причиной обнаруженного эффекта является воздействие перекиси водорода на белки цитоскелета.

Таким образом, в настоящем исследовании обнаружено регулирующее влияние перекиси водорода на Ca2+-зависимую калиевую проницаемость мембраны эритроцитов при изменении объема клеток эритроцитов. Снижение Ca2+-зависимой калиевой проницаемости клеток в присутствии перекиси водорода в гиперосмотической среде можно расценивать как компенсаторно-приспособительные механизмы мембраны эритроцитов у больных на повышение уровня активных форм кислорода.

0716

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОКСИЧЕСКИ ОПОСРЕДОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Тумаева Т.С., Науменко Е.И.

ГУЗ «ДРКБ № 1», Медицинский институт, Саранск

Цель исследования: оценка эффективности препаратов антигипоксического действия мексидола и актовегина в коррекции нарушений сердечно-сосудистой системы (ССС).

Материалы и методы исследования: клинико-инструментальное обследование ССС на 3,5±0,47 сутки

включало проведение ЭКГ, ХМ ЭКГ, ЭХО КГ. Обследованы 100 детей (50 доношенных и 50 недоношенных), рожденными оперативным путем.

Результаты: все дети, рожденные КС, перенесли церебральную ишемию (ЦИ): ЦИ Iст-31%, ЦИ IIст-44%, ЦИ IIIст-25%. Ранний неонатальный период у них характеризовался более выраженным нарушением адаптации ССС и более частым выявлением электрической нестабильности миокарда, аритмий, нарушения циркадной организации ритма, систолической и диастолической дисфункций сердца, персистирования фетальных коммуникаций и транзиторной легочной гипертензии, что коррелировало со степенью перенесенной ЦИ. Дети, рожденные КС, были разделены на 3 группы: 1-лечение по стандартной схеме, 2-дополнительное применение актовегина в/в капельно в дозе 0,2 мл/кг/сут в течение 10 дней, 3-лечение дополнено мексидолом в/в капельно в дозе 5-10мг/кг/сут в течение 10 дней. Только при лечении мексидолом полный регресс ST-T нарушений отмечен к полугоду (с 84% до 0%, p=0,000), а редукция брадикардии и подавление экстрасистолии — к 1 месяцу (p=0,08 и p=0,093 соответственно). Полная редукция замедленного интервала QTc наиболее эффективно к 1 месяцу происходила в 3 группе: с 36% исхода относительно 9,4% и 21% в группах сравнения до 0% соответственно. Динамика показателей ХМ ЭКГ у детей, получавших мексидол, позволила выявить более быстрые темпы восстановления вегетативной регуляции ритма и цереброкардиальных взаимодействий по нормализации базового уровня функционирования синусового узла и реактивности ритма, сокращению пауз ритма, эпизодов СА-блокады. Продолжительность интервала QTc через 6 месяцев в 3 группе (410,3±2,7мс) была статистически значимо меньше по сравнению с показателями детей 1 группы (431,1±2,8мс, p<0,05) и только в 3 группе зарегистрировано достоверное уменьшение продолжительности пауз ритма (уже к 1 месяцу) на 13% (p<0,05). К 6 месяцам циркадный индекс в 3 группе достиг нормального возрастного уровня 1,2±0,04 (p<0,05), тогда как в двух других группах он оставался сниженным.

По данным ЭХО-КГ наиболее эффективно происходил регресс транзиторной легочной гипертензии в 3 и 2 группах, где средний градиент давления в легочной артерии к полугоду снизился на 6,0±0,25мм рт.ст. и 2,9±0,43 мм рт.ст. (p<0,05), а в 1 группе только на 1,4±0,45 мм рт.ст. (p>0,05). Только в 3 и 2 группах к полугоду достигнута значимая редукция систолической дисфункции на 75% и 60% соответственно (p<0,05). Дилатация полостей сердца в 3 группе уменьшилась с 68% до 20% к 3 месяцам (p<0,05), а в двух других группах статистически значимые различия с исходом получены только к 6 месяцам.

Выводы: включение в стандартную схему лечения гипоксически опосредованных нарушений ССС у детей, рожденных оперативным путем, препаратов антигипоксантного действия (мексидол и актовегин) способствовало более быстрому и эффективному регрессу постгипоксических нарушений.

0717

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Турна Э.Ю., Крючкова О.Н.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»,

Симферополь, Украина

Цель: изучение влияния различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии на динамику показателей суточного мониторирования АД (СМАД) и жесткость сосудов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Материалы и методы: в основной группе — 75 пац. (муж. и жен., ср. возраст60,85±0,96) с АГ 1 и 2 ст., перенесших ИИ, которые были рандомизированы на две группы (гр.): в гр. А — 37 пац., назначалась комбинация олмесартан и гидрохлортиазид (олм+гхт), в гр. В — 38 пац., назначалась комбинация олмесартан и амлодипин (олм+амл).В гр. сравнения — 30 пац. с АГ II стадии 1 и 2 ст. Пациентам до начала лечения и через год на фоне терапии проводились СМАД с исследованием пульсового АД (PsАД), вариабельности систолического АД (ВАР САД), а также допплерография сосудов шеи с определением пиковой систолической (Vps) и конечно-диастолической (Ved) скоростей, расчет индекса AASI (AASI=1—B, где B — коэффициент линейной регрессии САД и ДАД).

Результаты: через год на фоне терапии нами выявлено сопоставимое снижение средних САД и ДАД, СрАД и показателей нагрузки давлением в группе олм+гхт и олм+амл. Комбинация олм+амл снижала ВАР САД за сутки на 5 единиц (до леч. — 17,38±0,72, на фоне тер. — 12,41±0,53, p<0,0005), на фоне терапии олм+гхт ВАР САД снижалась недостоверно (p>0,05). На фоне терапии олм+гхтPsАД за сутки до лечения составило 57,24±1,87 мм рт. ст., на фоне терапии — 42,61±1,13 мм рт. ст., p<0,01. В группе В PsАДза сутки на фоне терапии достоверно не отличалось (p>0,05). На фоне терапии в гр. В достоверно повышались Vps и Ved с обеих сторон (p<0,05): до леч.- 57,88±3,08 и 14,95±0,82 см/с, на фоне тер. — 70,68±3,36 и 22,58±1,43 см/с. В гр. А достоверно (p<0,05) снизился индекс AASI (до лечения — 0,343; на фоне тер. — 0,246), в гр. В этот показатель достоверно не отличался с показателем до лечения (p>0,05).

Выводы: Комбинация олмесартан и амлодипин способствовала статистически значимому снижению вариабельности систолического артериального давления за сутки, а также достоверному увеличению пиковой систолической и конечно-диастолической скорости кровотока в общей сонной артерии, что указывает на снижение жесткости сосудов среднего калибра. Применение комбинации олмесартан и гидрохлортиазид сопровождалось более выраженным снижением пульсового артериального давления за сутки и индекса амбулаторной жесткости артерий (AASI), что отражает более выраженное влияние данной комбинации на жесткость крупных артерий эластического типа.

0718

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА МЕТАБОЛИЗМ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Туровская Т.В., Костогрыз В.Б.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины», Донецк, Украина

Цель. Изучить влияние β-адреноблокаторов на метаболизм оксида азота у больных хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии с имплантированным электрокардиостимулятором.

Методы. Обследованы 100 пациентов с хронической сердечной недостаточностью II-III функционального класса (NYHA) ишемической этиологии. Средний возраст больных составил 68,4 ± 0,4 года. Всем больным были имплантированы электрокардиостимуляторы, работающие в режиме однокамерной правожелудочковой стимуляции верхушки сердца. Средняя продолжительность стимуляции составила 4,6 ± 2,4 лет. Все пациенты получали базисную терапию: ингибиторы АПФ, диуретики в стабильной дозе не менее 6 месяцев до рандомизации. Пациенты были рандомизированы на 5 групп по 20 человек в каждой. 1-я группа больных не получала β-адреноблокаторы. Пациентам 2-й группы назначен бисопролол 10 мг в сутки. Метопролол 200 мг в сутки получали пациенты 3-й группы. Больные 4-й группы получали небиволол в дозе 10 мг в сутки. Пациентам 5-й группы к базисной терапии был добавлен карведилол в дозе 25 мг в сутки. Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев. Конечный продукт метаболизма оксида азота — нитрит измерялся в плазме крови и в моче. Концентрация нитрита определялась в конце 1-го месяца и через 6 месяцев лечения с помощью спектрофотометрического метода с использованием реактива Грисса.

Результаты. В ходе проведенного исследования не наблюдалось никаких статистически значимых изменений уровня нитритов плазмы (p = 0,076) или мочи (p = 0,063) в 1-й группе пациентов. Во 2-й группе отмечалось увеличение уровня нитритов в плазме и моче с 4,29 ± 0,07 до 4,5 ± 0,08 мкмоль / л (p <0,001) и с 4,44 ± 0,05 до 4,74 ± 0,08 (p <0,001) соответственно. У больных 3-й группы изменение уровня нитритов не было статистически значимым ни в плазме (4,28 ± 0,07 до 4,32 ± 0.08μmol / л, p = 0,68), ни в моче (4,42 ± 0,05 до 4,48 ± 0,08, p = 0,083). В 4-й группе уровни нитритов в плазме увеличились с 4,28 ± 0,08 до 4,99 ± 0,08 мкмоль / л (p <0,001), а в моче — с 4,43 ± 0,05 до 4,73 ± 0,08 мкмоль / л (p <0,001). Пятая группа пациентов имела значительное увеличение уровня нитритов в сыворотке крови с 4,26 ± 0,06 до 5,34 ± 0,07 мкмоль / л (p <0,001), а в моче — с 4,4 ± 0,06 до 5,57 ± 0,07 (p<0,001).

Выводы. У пациентов с имплантированным электрокардиостимулятором и хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза β-адреноблокаторы приводят к увеличению уровней нитритов в сыворотке крови и в моче. При сравнении различных групп β-адреноблокаторов наиболее активным в отношении

влияния на метаболизм оксида азота оказался карведилол. Полученные данные подтверждают положительное влияние β-адреноблокаторов на дисфункцию эндотелия у данной категории больных.

0719

РЕОКОРРЕГИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПОДАГРОЙ

Тыренко В.В., Пятченков М.О., Аганов Д.С.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Одним из ведущих патогенетических механизмов формирования и прогрессирования кардиоваскулярной патологии (КВП) у больных подагрой являются расстройства микроциркуляции (МКЦ). Наиболее часто используемым методом экстракорпоральной гемокоррекции при неуклонно прогрессирующем течении подагры является плазмаферез (ПА) в сочетании с плазмообменом криосорбированной аутоплазмой (ПО КСАП). Цель: оценить реокоррегирующий эффект ПА+ПО КСАП у больных КВП, ассоциированной с подагрой, с помощью высокочастотной ультразвуковой допплерографии (УЗДГ).

Материалы и методы: Обследовано 12 мужчин с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, ассоциированных с часто рецидивирующей первичной подагрой (длительность заболевания составила 8,9 лет, артрит возникал у больных в среднем 2,6±0,4 раз в год, подавляющее большинство (91,7%) имело тофусную форму заболевания, средний уровень мочевой кислоты составил 553,8±68,8 мкмоль/л). Процедуры ПА и ПО КСАП больным проводили на аппаратах ПФ-0,5 и PCS 2 (Haemonetics, США). Объем плазмоэксфузии при ПА составлял 30 — 40% объема циркулирующей плазмы (ОЦП), при ПО КСАП от 50 до 70% ОЦП. Исследование показателей МКЦ проводили с помощью аппарата Минимакс-Допплер-К, определяли линейную (Vas, см/с) и объемную (Qas, мл/мин) скорости кровотока, индекс периферического сопротивления (RI).

Результаты: У обследуемых пациентов по данным УЗДГ исходные показатели МКЦ в области ногтевого валика составили: Vas — 0,983±0,066 см/с, Qas — 0,061±0,019 мл/мин, RI- 0,72±0,1 (M±σ). Следует отметить, что при корреляционном анализе выявлена обратная умеренная связь концентрации мочевой кислоты с Vas (r=-0,33). После первой процедуры ПА на фоне снижения концентрации мочевой кислоты на 21,2% отмечалось значимое повышение скоростных показателей микрокровотока: Qas возрастала на 35,5%, Vas — на 29,4%. В ходе последующих процедур ПО КСАП удалось добиться стойкого повышения Qas до 0,09 ±0,002 мл/мин, Vas — до 1,399±0,115 см/с, что составило 47,6% и 42,3% соответственно по сравнению с исходными данными. При этом RI, характеризующий плотность сосудистой стенки и повышение сопротивления кровотоку, снизился до 0,61±0,2. В конце курса лечения концентрация МК находилась в пределах нормальных значений-341,6±45,2 мкмоль/л.

Выводы: Длительная гиперурикемия, путем воздействия на сосудистый эндотелий, может оказывать патологическое влияние на состояние периферического кровотока. Методы эфферентной терапии являются эффективными в коррекции микроциркуляторных расстройств, тем самым позволяют снизить риск возникновения и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии у больных подагрой. Высокочастотна ультразвуковая допплерография является надежным методом оценки состояния дистального кровотока, позволяющим осуществлять динамический контроль за эффективностью проводимого лечения.

0720

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОДАГРОЙ

Тыренко В.В., Пятченков М.О., Аганов Д.С.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

В основе патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний лежат нарушения тканевой и системной гемодинамики. Бесспорна роль нарушений микрокровотока в развитии и прогрессировании кардиоваскулярной

патологии (КВП) у больных подагрой. Одним из важнейших параметров, характеризующих состояние сосудов микроциркуляторного русла, является их реактивность, т.е. чувствительность к различным воздействующим на них факторам. Наиболее часто используемым методом экстракорпоральной гемокоррекции при неуклонно прогрессирующем течении подагры является плазмаферез (ПА) в сочетании с плазмообменом криосорбированной аутоплазмой (ПО КСАП). Цель: оценить влияние методов эфферентной терапии (ПА+ПО КСАП) на адаптационный резерв системы микроциркуляции (МКЦ) у больных коморбидной патологией при помощи высокочастотной ультразвуковой допплерографии.

Материалы и методы: Обследовано 12 мужчин с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, ассоциированных с часто рецидивирующей первичной подагрой, которым в виду выраженной гиперурикемии было рекомендовано использование методов эфферентной терапии. Процедуры ПА и ПО КСАП больным проводили на аппаратах ПФ-0,5 и PCS 2 (Haemonetics, США). Объем плазмоэксфузии при ПА составлял 30 — 40% объема циркулирующей плазмы (ОЦП), при ПО КСАП от 50 до 70% ОЦП. Исследование показателей МКЦ проводили с помощью аппарата Минимакс-Допплер-К, определяли объемную скорость кровотока (Qas, мл/мин), индекс периферического сопротивления (RI). Для оценки реактивности сосудов микроциркуляторного русла проводили ряд функциональных проб (постуральную, гиперкапническую, гипокапническую), оценивая процент прироста/редукции показателей к фоновым значениям.

Результаты: Исходно в ходе проведения постуральной пробы отмечалось повышение Qas на 25,9%, снижение RI на 4,5%, результаты гиперкапической пробы показали повышение Qas на 13,8%, RI при этом парадоксально возрос на 1,8%. Проба с гипервентиляцией сопровождалась незначительным (10,6%) уменьшением объемных скоростей кровотока, при неадекватном повышении RI на 5,8%. После проведения ПА с курсом ПО КСАП по данным постуральной пробы Qas возросла на 32,8%, RI снизился на 5,9%. При гиперкапнической нагрузке отмечено увеличение Qas на 22,4%, снижение RI на 4,9%. Гипокапническая проба привела к уменьшению Qas на 22,7% с ростом регионального сосудистого сопротивления до 12,6%.

Выводы: Исходные данные демонстрируют снижение адаптационных реакций и степени компенсаторных возможностей микрогемодинамики у больных КВП, ассоциированной с подагрой. Дополнение традиционной терапии курсовым применением экстракорпоральной гемокоррекции позволяет уменьшить выраженность данных расстройств, тем самым снизить риск развития фатальных катастроф у этой категории больных.

0721

СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЖЕСТКОСТЬЮ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ

Тяпкина М.А., Ребров А.П.

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

Ведущей причиной преждевременной летальности при ревматоидном артрите (РА) являются кардиоваскулярные осложнения, связанные с атеросклеротическим поражением сосудов. Даже незначительное, субклиническое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) сопряжено с увеличением сердечно-сосудистого риска. Повышение артериальной ригидности также считается независимым фактором риска кардиоваскулярных осложнений.

Цель: оценить изменения СКФ у пациентов с РА, выявить взаимосвязи с параметрами жесткости сосудистой стенки.

Методы исследования. В исследование включены 73 пациента с РА в возрасте от 18 до 60 лет. Критерии исключения — сопутствующие заболевания почек, артериальная гипертензия III стадии, вторичные нефропатии. СКФ рассчитывали по формулам MDRD, CKD-EPI и Кокрофта-Гаулта Для оценки жесткости сосудистой стенки использовались осциллометрический метод (артериограф «TensioClinic», Тензиомед, Венгрия) — определяли скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), индекс аугментации с аорте (AixAo) и плечевой артерии (AixB), центральное артериальное давление в аорте (SBPao), и фотоплетизмографический метод регистрации пульсовой волны с использованием аппарата «Ангиоскан» (Россия) — определяли индексы ригидности (SY) и отражения (RY).

Результаты. Средняя СКФ по формуле MDRD составила 83,54±15,22 мл/мин/1,73 м^2, по формуле CKD-EPI — 88,43±16,13 мл/мин/1,73 м^2, по Кокрофту-Гаулту — 95,04±19,61мл/мин/1,73м^2. Большая часть паци-

ентов при расчете по MDRD и CKD-EPI имели СКФ от 60 до 89 мл/мнн/1,73 м^2 (62% и 58%, соответственно). Снижение СКФ в большей степени взаимосвязано с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска, чем с особенностями течения самого артрита. Корреляции выявлены при расчете СКФ по MDRD и CKD-EPI. У пациентов с РА индексы RY и SY выше, чем у лиц контрольной группы (p<0,05). Повышение СПВА более 12 м/с чаще встречалось у пациентов с РА, чем у лиц контрольной группы — 22% и 6,8% соответственно, p=0,036. У пациентов в возрасте до 40 лет СПВА выше, чем у лиц контрольной группы (6,83±0,58 и 5,97±0,52 м/с соответственно, p=0,002). У больных РА с СПВА более 12 м/с СКФ, рассчитанная по MDRD и CKD-EPI, выше, чем у пациентов со СПВА менее 12 м/с (p<0,01 для обеих формул). СКФ по MDRD взаимосвязана с СПВА (r=-0,559; p<0,001), AixAo и AixB (r=-0,527; p<0,001), SBPao (r=-0,381; p=0,001), SY (r=-0,427; p<0,001); СКФ по CKD-EPI взаимосвязана с СПВА (r=-0,520; p<0,001), AixAo и AixB (r=-0,475; p<0,001), SBPao (r=-0,346; p<0,01), SY (r=-0,399; p=0,001); СКФ по Кокрофту-Гаулту — с AixAo и AixB (r=-0,304; p<0,01), SY (r=-0,340; p<0,01).

Выводы. У пациентов с РА снижение СКФ взаимосвязано с параметрами жесткости сосудистой стенки. С целью оценки кардиоваскулярного риска у пациентов с РА СКФ предпочтительнее определять по формулам MDRD и CKD-EPI.

0722

АЛЬБУМИНУРИЯ И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Тяпкина М.А., Ребров А.П.

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

Даже ранние, субклинические нарушения функции почек являются независимым фактором риска кардиоваскулярных осложнений в рамках кардиоренального континуума. Ведущей причиной преждевременной летальности при ревматоидном артрите (РА) являются именно сердечно-сосудистые осложнения (ССО), связанные с атеросклеротическим поражением сосудов.

Цель. Определить мочевую экскрецию альбумина у пациентов с РА, выявить взаимосвязи между альбуминурией и традиционными и «новыми» факторами риска ССО.

Методы исследования. В исследование включены 73 пациента с РА в возрасте от 18 до 60 лет. Критерии исключения: сопутствующие заболевания почек, артериальная гипертензия III стадии, заболевания, сопровождающиеся развитием вторичной нефропатии, беременность. Исследовалась концентрация альбумина (Ал) иммунотурбидиметрическим методом в утренней порции мочи. Мочевая экскреция альбумина считалась нормальной при показателе Ал/Креатинин мочи менее 17 мг/г у мужчин и 25 мг/г у женщин. Оценивались традиционные факторы риска ССО, рассчитывался риск фатальных ССО по шкале SCORE. Проводили дуплексное исследование сонных артерий для определения толщины интимы-медиа (ТИМ). Для оценки жесткости сосудистой стенки использовались осциллометрический метод (артериограф «TensioClinic», Тензиомед, Венгрия) — определяли скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), индекс аугментации с аорте (AixAo) и плечевой артерии (AixB), центральное артериальное давление в аорте (SBPao).

Результаты. Концентрация Ал в моче у пациентов с РА выше, чем у лиц контрольной группы, сопоставимых по возрасту, индексу массы тела, уровню артериального давления (50,27 [23,2; 100,82] мг/г и 23,43 [17,92; 30,42] мг/г соответственно, p<0,001). Повышение мочевой экскреции Ал отмечено у 52 (71%) пациентов. Выявлены взаимосвязи между мочевой экскрецией Ал мочи и традиционными факторами риска ССО: возрастом (r=0,266; p<0,05), холестерином липопротеидов низкой плотности (r=0,367; p<0,01), соотношением холестерин/липопротеиды высокой плотности (r=0,259; p<0,05), у пациентов старше 40 лет — показателем шкалы SCORE (r=0,391; p=0,001). У пациентов с гипертензией альбуминурия выше, чем у пациентов без гипертензии при прочих равных условиях. Отмечены взаимосвязи между альбуминурией и параметрами жесткости сосудистой стенки — СПВА (r=0,258; p<0,05), AixAo и AixB (r=0,235; p<0,05), SBPao (r=0,329; p<0,01). У пациентов со СПВА >12 м/с мочевая экскреция альбумина выше, чем у пациентов со СПВА < 12м/с (74,58 [50,27;114,38] и 50,08 [23,22;100,35] мг/г, соответственно). Выявлена взаимосвязь между альбуминурией и средней ТИМ сонных артерий (r=0,270; p<0,05).

Заключение. У пациентов с РА концентрация в моче альбумина выше, чем у лиц контрольной группы. Повышение мочевой экскреции альбумина взаимосвязано с традиционными и «новыми» факторами кардиоваскулярных осложнений.

0723

КАНАЛЬЦЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Тяпкина М.А., Ребров А.П.

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

Ведущей причиной преждевременной летальности при ревматоидном артрите (РА) являются сердечно-сосудистые осложнения (ССО). Даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимым фактором риска ССО. Одним из подходов к ранней диагностике поражения почек при РА может служить оценка состояния канальцевого аппарата.

Цель. Изучить содержание маркеров канальцевой дисфункции в моче у пациентов с РА, выявить взаимосвязи с традиционными факторами риска ССО.

Методы исследования. В исследование были включены 73 пациента с РА в возрасте от 18 до 60 лет. Критерии исключения: любые сопутствующие заболевания почек, артериальная гипертензия III стадии, заболевания, сопровождающиеся развитием вторичной нефропатии, беременность. Исследовались концентрации α1-микроглобулина (α1-Мг) иммунотурбидиметрическим методом и ферментов мочи: гамма-глутаматтранспептидазы (ГГТП) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) кинетическим методом в утренней порции мочи. Содержание α1-Мг пересчитывалось на 1 г креатинина, ГГТП и ЛДГ — на 1 ммоль креатинина мочи. Оценивались традиционные факторы риска ССО, рассчитывался риск фатальных ССО по шкале SCORE.

Результаты. У пациентов с РА по сравнению с лицами группы контроля установлено повышение в моче а1-Мг (26,6 [18,69; 37,57] мг/г и 13,75 [10,91; 18,69] мг/г, соответственно, p<0,001), ГГТП (2,59 [1,26; 5,12] Ед/ммоль и 1,89 [1,22;2,65] Ед/ммоль, p=0,045) и ЛДГ (3,14[1,47; 5,92] и 1,93 [0,82;3,31], соответственно, p=0,008). Выявлены взаимосвязи между а1-Мг и продолжительностью утренней скованности (r=0,354; p=0,002), кратностью приема НПВС в течение месяца до обследования (r=0,318; p=0,009), дозой метотрексата в момент обследования (r=-0,452; p=0,004), индексом HAQ (r=0,447; p=0,004), у пациентов старше 40 лет — с рентгенологической стадией РА (r=0,407; p=0,005); ЛДГ — с кратностью приема НПВС в течение месяца до обследования (r=0,374; p=0,004). Выявлены взаимосвязи между а1-Мг и концентрацией триглицеридов (r=0,247; p=0,048), уровнем систолического (r=0,254; p=0,049), диастолического (r=0,278; p=0,031) артериального давления (сАД и дАД) в момент исследования; ГГТП и уровнем сАД (r=0,338; p=0,006) и дАД (r=0,301; p=0,023) в момент обследования, концентрацией триглицеридов (r=0,374; p=0,019), показателем шкалы SCORE (r=0,222; p=0,048); ЛДГ и сАД в момент исследования (r=0,281; p=0,029), концентрацией липопротеидов низкой плотности (r=0,366; p=0,006), индексом атерогенности (r=0,335; p=0,012), показателем шкалы SCORE (r=0,252; p=0,031).

Выводы. У пациентов с РА по сравнению со здоровыми лицами установлено повышение в моче уровня маркеров канальцевой дисфункции. Отмечены взаимосвязи между выраженностью канальцевого повреждения и традиционными факторами риска ССО.

0724

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПОВЕРХНОСТНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Угнич К.А.

ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава РФ, Самара, Россия

Цель: по данным поверхностного электрокардиографического картирования разработать модель электрофизиологических процессов в сердце для ранней диагностики поражений миокарда при вторичных системных васкулитах аутоиммунной и инфекционной природы с применением биофизического анализа и методов решения обратной электродинамической задачи.

Методы исследования: проведено исследование сердца методом поверхностного ЭКГ-картирования у 64 детей и подростков с системными заболеваниями соединительной ткани: ювенильная склеродермия, ювенильный дерматомиозит и 130 реконвалесцентов бактериальных инфекций: дифтерия, неосложненное течение, скарлатина. Для картирования электрического потенциала на поверхности тела, применялся измерительно-вычислительный комплекс, специализированное программное обеспечение на языке программирования Delphi с использованием OLE технологи интеграции с объектами Matheudversion 11.0. Анпроксимация потенциала осуществлялась по средствам метода пространственно-временного моделирования.

Результаты: построена модель электрической стенки сердца в виде тонкостенной сферической оболочки для последовательного фиксирования на ее поверхности потенциала в моменты времени комплекса QRS, посредством шаровой функции, аппроксимированной сферическими гармоническими функциями (рял Лапласа).Аналитическое поражение пространственной модели, заданное ортонормированными функциями, позволяет получить ряд картографических изображений, отражающих три основных электрофизиологических состояний сердца: покоя, активации, полного покоя, что обеспечивает идентификацию патологических изменений участков миокарда. Данная модель нестационарна во времени, ее можно аппроксимировать пространственной моделью в определенный момент времени, а затем определить модель изменения коэффициентов во времени в форме авторегрессии.

Выводы: применение метода пространственно-временного моделирования при проведении ЭКГ-картирования позволяет получить представление об электрофизиологических процессах в сердце в режиме реального времени, что улучшает качество диагностики кардиальной патологии у детей и подростков с вторичными системными васкулитами аутоиммунной и инфекционной природы.

0725

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Удальцов Б.Б., Полонская И.И.

ФГБ ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Нами изучены некоторые показатели качества жизни у 147 человек, проходивших освидетельствование в бюро МСЭ. Из них 33 больных ИБС обследованы в первый год после операции аортокоронарного шунтирования (1 группа), 33- через 3-7 лет после оперативного лечения (2 группа), 45 больных после баллонной ангиопластики со стентированием в 1-й год после лечения (3 группа), 36- через 3-7 лет после аналогичного лечения (4 группа).

Среди обследованных преобладали мужчины в возрасте от 39 до 72 лет (средний возраст 55,1±0,5). Женщины составили 15 человек, что соответствует 10,2%. У всех обследованных отмечались приступы стенокардии. Всего 21,8% не имели в анамнезе острого инфаркта миокарда, 63,9% перенесли ранее один инфаркт миокарда, 13,6% — два и 0,7% имели четыре острых инфаркта миокарда. Во время операции аортокоронарного шунтирования 8 больным была произведена пластика аневризмы левого желудочка. У 2 человек, среди всех обследованных, имела место имплантация ПЭКС. Большему числу пациентов (71,4%) лечение проводилось планово, а 28,6% выполнялось экстренно, повторное вмешательство было проведено 7,5% больным. У 76% пациентов имела место избыточная масса тела или ожирение различной степени, лишь 24% имели нормальную массу тела.

Исследование качества жизни проводилось при помощи опросника MOS SF-36, который имеет 8 шкал. Среднее значение показателя по шкале общего состояния здоровья составило 41,3±1,2, по шкале физического функционирования — 51,6±1,8, а по шкале ролевого физического функционирования — 18,2±2,7, интенсивность боли составила 46±1,6 баллов. По показателю шкалы ролевого эмоционального функционирования среднее значение составило 32,5±3,1, по шкале жизненной активности 45,65±1,37, по шкале психического здоровья 53,±1,4 а по шкале социального функционирования 46,6±1,04 балла. При сравнении показателей качества жизни всех обследованных обнаруживается снижение этих параметров по сравнении со средними в популяции.

Наибольшее снижение выявлялось по показателю ролевого физического функционирования и ролевого эмоционального функционирования. Наилучший показатель определялся по шкале психического здоровья. При сравнении результатов в исследуемых группах выявляются достоверные различия ($p<0,05$) по шкале социальное функ-

ционирование между 1 и 2 группой. Между остальными группами статистически значимых различий не выявлено.

В результате проведенного исследования следует отметить, что наблюдалось общее снижение качества жизни больных ишемической болезнью сердца по сравнению со здоровым населением, независимо от выбора вида кардиохирургического лечения. Снижение работоспособности и определяет нуждаемость в мерах социальной защиты, практически у всех больных. По нашему мнению, следует продолжить поиск дополнительных методов восстановительного лечения в восстановлении адаптационных ресурсов по улучшению качества жизни кардиологических больных.

0726

ПОКАЗАТЕЛИ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО

Удальцов Б.Б., Полонская И.И.

ФГБ ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

С помощью показателя адаптационного потенциала по методу Баевского Р.М. (АП) и уровня физического состояния (УФС) обследовано состояние адаптационной системы организма больных ишемической болезнью сердца после кардиохирургического лечения. Нами изучены адаптивные реакции 147 больных ИБС. Из них 33 больных ИБС обследованы в первый год после операции аортокоронарного шунтирования (1 группа), 33- через 3-7 лет после оперативного лечения (2 группа), 45 больных после баллонной ангиопластики со стентированием в 1 год после лечения (3 группа), 36- через 3-7 лет после аналогичного лечения (4 группа). Среди всех обследованных выявлено, что удовлетворительную адаптацию имеет только 16% лиц, а 37% больных находятся в состоянии функционального напряжения, при этом уровень физического состояния у 16% обследованных был оценен выше среднего и у 24% средний. Неудовлетворительная адаптация и срыв адаптационных возможностей выявлен у 37% и 10% соответственно, уровень физического состояния ниже среднего и низкий имел место у 36% и 24% соответственно. Таким образом, наблюдается, что даже при наличии органического поражения сердечно-сосудистой системы организм не утрачивает способность адаптироваться к изменившимся условиям существования, он находит возможности приспосабливаться и функционировать. В ранние сроки после проведенного лечения удовлетворительные показатели АП выявлены у 21% больных ИБС после АКШ и 16% после ангиопластики со стентированием (1 и 3 группа). В более поздние сроки после лечения удовлетворительный АП отмечен лишь у 12% (2гр.) и 14% (4гр.) лиц. Функциональное напряжение при первичном освидетельствовании наблюдается у 30% больных после АКШ и 57% после ангиопластики. При повторном освидетельствовании эти показатели обнаруживаются 27% и 31%. Неудовлетворительная адаптация и срыв адаптационных возможностей отмечается вначале у 34% и 15% после АКШ и 20% и 7% после ангиопластики соответственно, а при длительном наблюдении эти показатели становятся 52% и 9% после АКШ, 47% и 8% после ангиопластики со стентированием. Таким образом, при длительном наблюдении мы выявили рост числа лиц с неудовлетворительной адаптацией и срывом адаптационных возможностей организма, что свидетельствует о снижении адаптационных возможностей организма, несмотря на проведённое лечение.

Выводы. В результате анализа проведённого исследования выяснилось, что при наличии хронического заболевания сердечно-сосудистой системы возможна нормализация её функции и восстановление компенсаторных резервов организма. Однако, несмотря на восстановление кровотока в коронарном русле, нормализации обменных процессов в миокарде и во всем организме не происходит. В этой связи необходимо продолжить поиск внешних дополнительных источников нормализации обменных процессов которые могут повлиять на обменные процессы всего организма — как целостной системы.

0727

АССОЦИАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С ПОЛИМОРФИЗМОМ E2/E3/E4 ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е И С-206Т ГЕНА КАТАЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Уклистая Т.А., Полунина О.С., Гусейнов Г.Т., Никифорова Н.В., Окунева И.Н.

ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ, г. Астрахань

Существует ряд предположений о взаимосвязи ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Цель исследования. Определить частоты встречаемости генотипов по полиморфизмам С-262Т гена каталазы, ε2/ε3/ε4 гена АроЕ у больных ХОБЛ и ИБС и проанализировать ассоциации полиморфных вариантов исследуемых генов с выраженностью нарушений липидного обмена.

Материалы и методы. Обследовано 136 пациентов: 30 с ИБС, 40 — с изолированной ХОБЛ (без ИБС и артериальной гипертонии), 36 — с сочетанием ХОБЛ и ИБС, и 30 практически здоровых сопоставимых по полу и возрасту. Полиморфизм генов определяли методом полимеразной цепной реакции. Концентрацию триглицеридов, общего холестерина (ОХ) и холестерина липопротеидов высокой плотности в сыворотке крови определяли энзиматическим методом. Концентрацию холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по формуле Friedewald W.T. et al. (1972).

Результаты исследования. Выявлены достоверные различия в распределении частот генотипов полиморфного маркера С-262Т гена каталазы и ε2/ε3/ε4 гена АроЕ между больными ХОБЛ и пациентами, имеющими ХОБЛ в сочетании с ИБС (p=0,009 и p=0,002); между больными с ХОБЛ и больными с ИБС (p=0,001 и p=0,009), между больными ИБС и практически здоровыми (p=0,001 и p=0,046), между больными ХОБЛ с ИБС и практически здоровыми (p=0,049 и p=0,002). Генотип ТТ по полиморфизму С-262Т гена каталазы встречался только в группах больных ИБС и ХОБЛ в сочетании с ИБС. Среди больных с сочетанной патологией ХОБЛ и ИБС отмечено достоверное (p=0,028) увеличение количества лиц, имеющих генотип СС по полиморфизму С-262Т гена каталазы по сравнению с больными с изолированной ХОБЛ. Среди больных, имеющих ХОБЛ с ИБС, наиболее высокий уровень ОХ и ХС ЛПНП отмечен у носителей генотипа СС полиморфного локуса гена каталазы, а среди больных с ИБС у носителей генотипа ТТ. Отмечено достоверное увеличение лиц, носителей генотипа e3/e4 по полиморфизму гена АроЕ среди больных, имеющих ИБС, в том числе в сочетании с ХОБЛ по сравнению с группой практически здоровых лиц и больных с изолированной ХОБЛ (p=0,01-0,001). Лица, носители генотипа e3/e4 имели достоверно более высокий (p=0,01) уровень ОХ и ХС ЛПНП по сравнению с носителями генотипа e3/e3.

Выводы. Полученные результаты позволяют использовать определение полиморфизмов С-262Т гена каталазы и ε2/ε3/ε4 гена АроЕ в качестве дополнительных критериев при оценке индивидуального прогноза формирования групп повышенного риска по развитию ИБС и нарушений липидного обмена, в том числе у больных ХОБЛ.

0728

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ: ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА (РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Умникова М.В., Архипов М.В., Свинцова Г.А., Кобалава Ж.Д., Батдиева В.А., Власов А.А.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Группа компаний ДЭНАС, медицинский отдел, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения большое значение в достижении снижения артериального давления уделяется немедикаментозным методам лечения, которые показаны всем пациентам независимо от уровня риска. Более того эти виды лечения могут стать

первоначальным этапом для пациентов с лабильными формами артериальной гипертонии и снизить фармакологическую нагрузку у больных гипертонической болезнью (ГБ) с высоким риском. Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности динамической электронейростимуляции (ДЭНС) в комплексном лечении пациентов с ГБ.

Материал и методы. Проведены плацебо-контролируемые исследования антигипертензивного эффекта в ведущих клиниках РФ (Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, под руководством академика А.Н. Разумова; РУДН, под руководством профессора Ж.Д.Кобалава). Всего в исследованиях на отдельных базах приняло участие 120 пациентов гипертонической болезнью I — II стадии (по классификации ВОЗ и ВНОК (2004г), которые были разделены на две рандомизированные группы. На фоне медикаментозной терапии одна группа пациентов дополнительно получала 10-дневный курс ДЭНС, а вторая — плацебо. ДЭНС — это чрескожная электронейростимуляция, заключающаяся в воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки импульсами электрического тока. Всем пациентом было проведено общеклиническое исследование, самоконтроль АД (СКАД), суточное мониторирование АД (СМАД) и ЭКГ, а так же оценка качества жизни по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), опроснику SF 36.

Результаты. Под воздействием ДЭНС-терапии выявлена положительная динамика клинической картины заболевания на фоне нормализации показателей суточного мониторирования АД, что позволило снизить дозы назначаемых лекарственных препаратов. После курса ДЭНС-воздействия зарегистрировано достоверное снижение среднесуточного систолического артериального давления (САД) ($p<0,05$), а также средних значений САД за день с 151,51±2,55 до 131,76±2,2 мм.рт.ст., ($p<0,01$) и за ночь с 132,2±3,6 до 119,8±3,8 мм.рт. ст., ($p<0,05$). Показано достоверное снижение времени гипертензии за сутки: индекс времени гипертензии (ИВГ) САД снизился с 42,2±3,4% до 27,2±2,1% ($p<0,01$), ИВГ ДАД (диастолическое артериальное давление) уменьшился с 41,5±2,2% до 29,7±4,3% ($p<0,05$). После курса ДЭНС-терапии достоверно снизилась скорость утреннего подъема ДАД с 12,2±1,3 до 6,4±1,4 мм рт.ст./ч, ($p<0,05$), и наблюдалась тенденция к снижению скорости утреннего подъема САД. Отмечалось положительное действие электроимпульсной терапии на циркадный ритм АД: количество «non-dippers» снизилось с 57% до 43%.

Выводы. Таким образом, применение ДЭНС в комплексном лечении пациентов с ГБ показано на всех стадиях и позволяет стабилизировать течение болезни, достоверно снизить цифры артериального давления, в ряде случаев уменьшить фармакологическую нагрузку.

0729

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ: ДИНАМИКА 2005-2011 ГГ.

Урванцева И.А.

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут, Россия

С целью оценки эффективности программ по сохранению здоровья населения на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры (ХМАО-Югры) проведен анализ за семь лет (2005-2011 гг.), позволяющий оценить основные тенденции сердечно-сосудистого здоровья населения.

Материал и методы. Данные для анализа показателей болезней системы кровообращения (БСК) взяты из годовых отчетов всех лечебно-профилактических учреждений ХМАО-Югры, материалов отдела медицинской статистики и анализа Департамента Здравоохранения ХМАО-Югры, а также из отчетных материалов Аналитического центра по управлению проектом «Югра-кор». Использованы аналитический, статистический методы. Данные представлены в виде показателей структуры, частоты, соотношения и наглядности.

Результаты. Наиболее существенный вклад в потери населения округа вносит смертность от БСК — 45,1% в 2011 г. И несмотря на то, что показатель в 2,7-3,1 раза ниже, чем по России (в 2009 г. — 283,5 против 811,2 на 100 нас.), обеспокоенность организаторов здравоохранения сохраняется, поскольку средний возраст жителей округа составляет 32,8 лет. Основными причинами смертности внутри класса БСК являются ИБС (в течение последних 7-ми лет наметилась тенденция к снижению), цереброваскулярные болезни (смертность от которых в течение 7 лет снизилась на 32,1%), гипертоническая болезнь (2005-2010 гг. без динамики, за 2011 г. отмечено значительное снижение).

Ежегодно в автономном округе регистрируется около 30 000 новых случаев БСК. Но в отличие от структуры смертности лидером по заболеваемости являются болезни, характеризующиеся повышенным давлением

(3,64), далее следуют цереброваскулярные болезни (3,0) и ишемическая болезнь сердца (2,9). Несомненным успехом следует считать тот факт, что за последние три года в 1,6 раза снизилась заболеваемость болезнями, характеризующиеся повышенным давлением. В остальных классах БСК существенной динамики за период 2009-2011 гг. не наблюдалась.

Группа диспансерного наблюдения больных с БСК в 2011 г. увеличилась на 10,0% по сравнению с 2009 г. Наибольшее увеличение диспансерной группы зафиксировано среди больных с ИБС и нарушениями ритма сердца на 68,0% и 13,6%, соответственно. Среди кардиохирургических больных, состоящих на диспансерном учете у кардиолога, большую часть составляют больные с ИБС (67,4%), нарушениями ритма сердца (14,1%) и приобретенными пороками сердца (6,5%).

Заключение. В Ханты-Мансийском автономном округе-Югре медико-социальное бремя БСК составляет значительную долю среди других заболеваний. В тоже время, внедрение высокотехнологичных методов лечения, работа по диспансеризации способствовали стабилизации и снижению ряда показателей БСК. Наибольшие успехи достигнуты в отношении болезней, характеризующихся повышенным уровням кровяного давления.

0730

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОКС

Урванцева И.А., Андреева И.А.

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут, Россия

Регистр (registry или survey) — это когортное проспективное эпидемиологическое исследование, в которое, по возможности, включаются все лица с изучаемой патологией. Регистр представляет собой организованную систему сбора информации о пациентах с конкретным заболеванием и получающих конкретное лечение.

Цель. Провести сравнительный анализ демографических и клинических характеристик больных по данным регистра ОКС, полученным в БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (ОКД «ЦД и ССХ») с данными других регистров ОКС.

Материалы и методы: ОКД «ЦД и ССХ» участвует в Федеральном регистре ОКС с начала сентября 2009 года. Количество больных, внесенных в регистр ОКС в 2011-2012 гг. увеличилось на 28,9% и составило 352 чел., по сравнению с 273 в 2009-2010 гг. Всего за 2009-2012 гг. в регистр ОКС введена информация о 625 больных пролеченных в ОКД «ЦД и ССХ» (0,6% от общего количества больных, вошедших в Федеральный регистр ОКС по всей России).

Результаты и их обсуждение: Удельный вес больных с ОКСпST и ОКСбпST по данным регистра ОКД «ЦД и ССХ» практически не изменился и составил, соответственно: 82,0% и 8,1% — в 2009-2010 гг., 82,9% и 6,3% — в 2011-2012 гг. При сравнении, в Федеральном регистре ОКС доля больных с ОКСпST и ОКСбпST в 2009-2011 гг. составила 40,1% и 52,7%, в регистре GRACE — 34/66%, в EHS ACS I — 42,3/51,2%, а в EHS ACS II — 47/48%. Удельный вес мужчин и женщин среди больных с ОКСпST в нашем регистре менялся незначительно (2009-2010 гг. — 89,3% и 10,7%, 2011-2012 гг. — 86,0% и 14,0%), а среди больных с ОКСбпST, напротив, удельный вес мужчин уменьшился на 16,6%, с 81,8% (2009-2010 гг.) до 68,2% (2011-2012 гг.), а женщин — увеличился почти вдвое, с 18,2% до 31,8%. При сравнении, в Федеральном регистре среди всех больных с ОКС доля мужчин в 2009-2011 гг. составила 60,6%, в регистре GRACE среди больных с ОКСпST/ОКСбпST доля мужчин составила 71/66%, в EHS ACS I — 72/64%, EHS ACS II — 74/67%. По данным регистра ОКД «ЦД и ССХ» с 2009 по 2012 гг. средний возраст больных с ОКСпST практически не менялся (55,0-56,0 лет), а средний возраст больных с ОКСбпST уменьшился в 2011-2012 гг. на 2,5 года и составил 52,5 (49,0; 58,0) лет в сравнении с 55,0 (48,0; 63,0) в 2009-2010 гг. Больные в Федеральном регистре ОКС по данным за 2009-2011 гг. были старше более, чем на 10 лет, их средний возраст составил 65 (56,0; 75,0) лет, как и в основных зарубежных регистрах (GRACE — 65-68 лет, EHS ACS I — 65,8 лет, EHS ACS II — 66,1 лет, EHS-ACS-Snapshot 2009 года — 65±13 лет).

Заключение. В ОКД «ЦД и ССХ» за 2009-2012 гг. собраны данные о 625 пациентах с ОКС, вошедших в Федеральный регистр ОКС. Средний возраст пациентов сравнительно молодой (с ОКСпST — 55,0-56,0 лет, с ОКСбпST — 52,5-55,0 лет), преобладают мужчины (с ОКСпST — 86,0-89,3%, с ОКСбпST — 68,2-81,8%) и больные с ОКСпST (82,0-82,9%).

0731

СВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ПОДФРАКЦИИ ЛИПОПРОТЕИДОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

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

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

Цель. Исследовать связь распределения подфракций липопротеидов низкой плотности (ЛНП) и липопротеидов высокой плотности (ЛВП) с поражением магистральных коронарных артерий.

Методы исследования. В исследование было включено 120 мужчин, с клиническими показаниями для проведения коронарной ангиографии. 102 больных, у которых был верифицирован коронарный атеросклероз по наличию стеноза более 50% по диаметру в одной или более магистральных артериях и 18 пациентов с интактными коронарными артериями составили основную и контрольную группы, соответственно. Возраст больных варьировался от 33 до 82 лет (средний возраст 58±10 лет). Больные, имеющие высокий риск принимали статины в 90% случаев. В образцах сыворотки крови анализировали показатели липидного спектра коммерческими наборами «Biocon» (Германия), а также количественное содержание подфракций липопротеидов с помощью системы Липопринт® (Quantimetrix, США). Концентрацию окисленных ЛНП определяли коммерческими наборами «Cayman» (США).

Результаты. Больные основной группы были старше (59±9 и 53±10 лет, p=0,01), уровень триглицеридов (ТГ) у них был немного выше, чем у пациентов контрольной группы (1,13±0,48 и 1,54±0,86, p=0,007). По другим показателям липидного спектра достоверных отличий выявлено не было. В контрольной группе средняя концентрация мелких плотных ЛНП была ниже, чем у больных с коронарным атеросклерозом (1,16±2,17 и 2,53±5,8 мг/дл, p=0,08). По данным регрессионного анализа наличие поражений коронарных артерий достоверно было связано только с возрастом, уровнем ТГ и концентрацией ЛВП. При этом концентрации промежуточных подфракций ЛВП (с 4 по 7) демонстрировали максимальную достоверную обратную связь с наличием поражений коронарных артерий. Уровень промежуточных подфракций ЛВП (6 и 7), а также концентрация липопротеидов промежуточной плотности класса А обратно коррелировали с количеством пораженных коронарных артерий. Тяжесть коронарного атеросклероза, выраженная в количестве пораженных магистральных сосудов, также была связана с концентрацией окисленных ЛНП и концентрацией мелких плотных ЛНП-3.

Выводы. Концентрация мелких плотных липопротеидов низкой плотности ассоциирована с наличием атеросклероза коронарных артерий, тогда как концентрации промежуточных (4-7) подфракций липопротеидов высокой плотности обратно связаны как с наличием, так и с количеством пораженных коронарных артерий у мужчин среднего возраста.

0732

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНДОПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА

Ушакова Т. М., Капланов Т. И., Петрова В. Д., Лукъянов В. Ф.; ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Министерства здравоохранения России», Саратов, Россия

Основными причинами развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) является ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). В патогенезе ХСН большое значение придается ремоделированию миокарда, проявляющемуся прежде всего прогрессирующим увеличением массы миокарда, дилатацией полостей, изменением геометрических параметров желудочков. Наиболее распространенными препаратами в лечении ХСН, действующими на основные звенья патогенеза заболевания и препятствующими ремоделированию сердца, являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ).

Целью исследования явилась оценка эффективности периндоприла в комплексном лечении больных с ХСН.

Методы исследования. Нами обследовано 48 больных (29 мужчин и 19 женщин, средний возраст 54,6 лет). 12 больных АГ имели ХСН I функционального класса (ФК) и получали монотерапию периндоприлом в дозе 5 или 10 мг в зависимости от веса и показателей АД (1 группа), 36 больных с ИБС и АГ имели ХСН II-III ФК и получали периндоприл в комплексе с конкором и мочегонными препаратами (2 группа). Состояние систо-

лической и диастолической функции левого желудочка оценивалось с использованием метода ДопплерЭхоКГ по общепринятым методикам на аппарате «Vingmedsound» CFM 800 фирмы «Sonotron» (Германия).

Полученные результаты. При анализе результатов после 2 месяцев амбулаторного лечения у больных 1 группы отмечено клиническое улучшение: уменьшение одышки и сердцебиения при нагрузке, повысилась толерантность к нагрузке. При ДопплерЭхоКГ исследовании было отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка (ЛЖ): уменьшение конечно-диастолического объема ЛЖ с 172,77±6,96 до 161,33±7,59 мл ($p<0,05$), исчезновение I типа нарушения трансмитрального кровотока и уменьшение II типа (с 5 до 3 случаев).

У больных 2 группы на фоне улучшения субъективного состояния отмечалась положительная динамика диастолической и систолической функции миокарда: уменьшение массы миокарда с 324±23 г до 276±35 г (<0,05), тенденция к увеличению ФВ ЛЖ с 42±6% до 51±4% ($p=0,05$). У больных с исходно повышенными цифрами АД отмечалось его снижение до целевого уровня, значимой гипотензии не наблюдалось. Осложнений при длительном применении периндоприла не было зарегистрировано.

Таким образом, исследование продемонстрировало высокую эффективность периндоприла и его положительное влияние на процессы ремоделирования миокарда и течение хронической сердечной недостаточности, что обусловливает целесообразность и безопасность его длительного применения в амбулаторных условиях.

0733

СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА И ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ушакова Т. М., Ушаков В. Ю., Капланова Т. И., Петрова В. Д.

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Несмотря на достижения в терапии острого инфаркта миокарда (ИМ), средняя госпитальная летальность при ИМ остается высокой (около 24%), что обусловлено частым развитием осложнений в остром периоде ИМ, в частности, острой сердечной недостаточностью, связанной с нарушением процессов энергообеспечения на фоне ишемии миокарда и некроза (до 50,6%).

Цель исследования: изучение состояния метаболизма миокарда при применении электромагнитных волн миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) в комплексной терапии ИМ.

Обследовано 46 больных ИМ, которым проводилось лечение ЭМИ ММД с помощью аппарата «Явь-1» на длине волны 7,1 мм в прерывистом режиме, и 30 больных ИМ (контрольная группа), получавших традиционную терапию.

Изучалась активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФД), малатдегидрогеназы (МДГ) спектрофото-метрическим методом на 1, 7 и 14 сутки от начала заболевания. В процессе исследования выполнялась перфузионная эмиссионная компьютерная томография (ПЭКТ) миокарда в сочетании с компьютерной томо графической вентрикулографией с использованием технетрила (сестамиба) на 21-28 сутки заболевания.

При анализе данных проведенного исследования у больных как контрольной, так и основной группы в первые сутки болезни регистрировался высокий уровень активности ЛДГ и низкий уровень МДГ и Г-6-ФД, что свидетельствовало о снижении аэробного и усилении анаэробного пути утилизации глюкозы.

У больных основной группы наблюдалось достоверное повышение активности Г-6-ФД к 7 и 14 дню, снижение активности МДГ. У больных контрольной группы активность Г-6-ФД от 1 к 14 дню практически не изменялась, активность МДГ у больных контрольной группы к 7-му и 14-му дням повышалась. Очевидно, что наблюдавшееся нами усиление активности Г-6-ФД на фоне облучения ЭМИ ММД можно объяснить усилением репаративных процессов в сердце.

При анализе показателей ПЭКТ выявлено, что в группе больных, получавших ЭМИ ММД, процент реперфузии был отчетливо выше: 67 % в основной группе и 29 % в контрольной.

Таким образом, применение электромагнитных волн миллиметрового диапазона на длине волны 7,1 мм в прерывистом режиме в комплексной терапии ИМ способствует улучшению метаболизма и перфузии миокарда.

0734

ВЛИЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ НА ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ОБМЕН ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Фальковская А.Ю., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рипп Т.М., Баев А.В., Крылов А.Л.

ФГБУ НИИ Кардиологии СО РАМН, г. Томск, Россия

Введение: проведение радиочастотнойаблации (РЧА) почечных артерий может существенно снизить глобальный симпатический тонус идополнительно кболее эффективному контролю АД привести к снижениюинсулинорезистентностиилучшению состояния углеводного обмена.Цель: исследовать влияние почечной денервации на уровень АД и состояние углеводного обмена у больных СД 2 типа в сочетании с резистентной-АГМатериал и методы: В исследованиеприняли участие 14 больных СД 2 типа (5 мужчин, возраст от 43 до 63 лет) в сочетании с АГ, резистентной к терапии3 и более препаратами разных гипотензивныхгрупп в максимальных дозах, в том числе диуретиками на фоне немедикаментозных методов лечения. Включение в исследование проводили после полного клинико- инструментальное обследования, исключения вторичного характера АГ и возможных противопоказаний к процедуре. РЧА осуществляли через трансфеморальный доступ в 6-8 точках с каждой стороны под контролем температуры в точках контакта 60°С мощностью 8 Вт. Исходно и через 6 месяцев после РЧА были проведенысуточноемониторирование артериального давления (СМАД) иоценка состояния углеводного обмена по уровню базальной гликемии.В течение всего периода наблюдения гипотензивная и сахароснижающая терапия оставались стабильными.Результаты: через 6 месяцев после РЧАбыло достигнуто значимое снижение АД как поданным офисных измерений (от 167,8±18,3 до 145,1± 13,8mmHg, для оф.САД, p=0,0005; от 90,9±11,5 до 81,7±9,4mmHg, для оф.ДАД, p=0,01), так и по результатам СМАД (от 152,3±11,9 до 141,9±16,4mmHg, для САД-24, p=0,01; от 82,0±10,3 до 76,8±10,0mmHg, для ДАД-24, p=0,02; от 83,0±16,6 до 61,4±27,9%, для «нагрузки» САД-24, p=0,005; от 39,1±29,8 до 23,2±25,5%, для «нагрузки» ДАД-24, p=0,03). В среднем по группе было получено снижение оф.САД на 22,7mmHg, офДАД — на 9,2 mmHg, САД-24– на 10,4 mmHg, ДАД-24- на5,2 mmHg, «нагрузки» САД-24- на 21,6%, «нагрузки» ДАД-24- на 15,9%. Суточный профиль АД через 6 мес. после РЧА существенно не менялся (p=0,5).Кроме того, через 6 месяцевимело место значимое снижение уровня базальнойгликемии (от 9,3±3,1 до 7,24±1,4ммоль/л, p=0,04), в среднем по группе- на1,8ммоль/л. Согласно корреляционному анализу динамика базальной гликемии не зависела от степени снижения АД.Выводы: проведение почечной денервации с помощью РЧА у больных СД 2 типа в сочетании с АГ, резистентной к фармакотерапии,обеспечиваетдополнительное к снижению АД самостоятельное благоприятное влияниена уровень базальной гликемии.

0735

ОСОБЕННОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Фараджева Н.А., Гусейнова А.А.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Цель исследования: выявить особенности изменений сократительной и насосной функций левого желудочка и легочной гемодинамики (ЛГД) у больных нефролитиазом, осложненным хроническим пиелонефритом (ХП). Материал и методы исследования. Было обследовано 76 больных нефролитиазом обоих полов: 36 без ХП, 40 — нефролитиаз, осложненный ХП, средний возраст — 40,2 ±2,3 года, средняя продолжительность болезни — 6,5±1,4 (1-20). Параметры сократительной функции левого желудочка определялись методом ЭхоКГ на аппарате “Toshiba SAL-38AS ” на основании анализа следующих параметров: конечный диастолический размер (КДР,см), конечный диастолический объем (КДО,мл), конечный систолический размер (КСР), конечный систолический объем (КСО). фракция выброса (ФВ,%), скорость циркулярного сокращения миокарда (Vsf, см/с). ЛГД исследовалась методом радионуклидной перфузионной сцинтиграфии с использованием макроагрегата альбумина, меченного метастабильным технецием — 99TcMAA и определением следующих параметров — кровоток в правом и левом легком (trf и tlf, %), перфузионный градиент правого и легкого (trp и tlp, отн.ед.). Величина tp отражала давление в легочной артерии и в норме составляла 0,8. Полученные результаты. При сопутствующем ХП отмечалось достоверное

увеличение КСО, КДО (p<0,05),КСР и КДР (p<0,01), а также снижение ФВ и Vsf (p<0,05,p<0,01), что указывало на снижение сократительной функции левого желудочка и наличии скрытой сердечной недостаточности. По сравнению с группой больных без ХП отмечалось снижение trf, tlf и повышение trp, tlp (p<0,05), что свидетельствовало в пользу отрицательного влияния сопутствующего ХП на ЛГД и наличия признаков легочной гипертензии. Выводы. 1. У больных нефролитиазом выявлены нарушения сократительной и насосной функций левого желудочка, более выраженные при наличии ХП. 2. При нефролитиазе, осложненном ХП, отмечаются более выраженное ухудшение легочного кровотока и склонность к легочной гипертензии. 3. Выявленные нарушения ЛГД и насосной функции левого желудочка у больных нефролитиазом с сопутствующим ХП, для улучшения прогноза болезни, требуют своевременной до- и послеоперационной медикаментозной коррекции.

0736

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Федоришина О.В.,[1] Ларионова О.А.,[2] Протасов К.В.,[1]

[1]ГБОУ ДПО ИГМАПО, Иркутск, Россия

[2]ГБУЗ ООД, Иркутск, Россия

Цель.Оценить эффективность и безопасностьмоксонидина при оказании неотложной помощи больным с неосложненнымгипертоническим кризом (ГК) на амбулаторном приеме.

Методы.Обследовано 28 пациентов (17 мужчин и 11 женщин) у которых на приеме у врача АД соответствовало: систолическое артериальное давление (САД)› 180 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление (ДАД)› 120 мм рт.ст. без объективных признаков острого развития поражения органов-мишеней. Средний возраст пациентов составил 64,5 ± 9,7 лет. Всем больным перорально назначался моксонидин (Физиотенз) в дозе 0,4 мг однократно. В качестве критериев эффективности препарата учитывали время наступления антигипертензивного эффекта и степень снижения артериального давления (АД) по измерениям АД от момента приема препарата и через 10, 20, 30 и 60 мин.

Результаты. Исходный уровень САД был 189,6 ± 13,6 мм рт.ст., ДАД — 98,9 ± 13,0 мм рт.ст., частоты сердечных сокращений (ЧСС) — 77,0±14,7 уд.в мин. Прием моксонидиначерез 10, 20, 30 и 60 минприводил к достоверному снижению САД на 15,9/24,9/34,5/35,8 мм рт.ст. и ДАД на 3,8/5,5/9,7/12,8 мм рт.ст., соответственно. После 20 мин отмечено значимое урежение ЧСС на 0,7/2,5/3,8/5,5 уд/мин.При этом препарат вызвал избыточный гипотензивный эффект (падение АД более 30% от исходного) у 3 пациентов.

Выводы.Моксонидин может рассматриваться в качестве эффективного препарата для лечения неосложненного ГК на амбулаторном этапе.

0737

ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ ДЕПО

Федоришина О.В., Протасов К.В., Эйсфельд Е.К., Титова А.М.; ГБОУ ДПО ИГМАПО, Иркутск, Россия

Цель.Изучить частоту обнаружения артериальной гипертензии (АГ) и ее взаимосвязи с факторами сердечно-сосудистого риска, уровнями тревоги и депрессиию работников локомотивного депо Восточно-Сибирской железной дороги.

Методы.Обследовано148 работников локомотивного депо станции Вихоревка (111 мужчин и 37 женщин, средний возраст 39,1 ± 11,8 лет). Всем проводились анкетирование и анализ амбулаторной карты для выявления факторов риска (ФР)неблагоприятного прогноза АГ, 3-х кратное измерение артериального давления (АД), антропометрия, оценка уровней тревоги и депрессии по шкале HADS.Определяли выраженность АГ и распространенность ФР, проводили анализ лечения, изучали взаимосвязи данных показателей с уровнем тревоги и депрессии.

Результаты.Частота выявления АГ у работников депо составила 41,2%, среди женщин — 24,3% , мужчин — 46,8% (p=0,02).Средняя длительность АГ составила 5,9±5,2 лет.АГ 1 степени установлена у 67,2% обследованных, 2 степени — у 19,7%, 3 степени — у 13,1%. Все больные АГ (n=61) были осведомлены о наличии у них данного заболевания, из низ 15 человек регулярно получали терапию, и только у двоих из них был достигнутцелевой уровень

АД. Самым распространенным фактором риска у работников локомотивного депо с АГ была дислипидемия(70,5%). Абдоминальное ожирение установлено у 55,7% работников с АГ, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний — у 32,8%, повышенный уровень глюкозы плазмы крови натощак — у 14,7% .Сообщили о том, что курят 54,1 % (n=33), 27,8 % (n=17) обследованных отметили, что делали это в прошлом. Большинство 90,1 % (n=30) курильщиков составляли мужчины. Средние баллы по шкалам тревоги и депрессии в группе пациентов с АГ были в пределах нормальных значений (5,0 (4-8) в обоих случаях), однако тревожно-депрессивные расстройства были выявлены у 39,3 % (n=24) пациентов. Субклинически выраженная тревога была диагностирована в 16,4% (n= 10) случаев, клинически выраженная — в 11,5 % (n=7), субклинически выраженная депрессия — в 19,7 % (n=12) случаев, клинически выраженная — в 6,6% (n=4), сочетание тревоги и депрессии –в 14,8 % (n=9). Выявлены достоверные корреляционные связи уровней тревоги и депрессии с мужским полом (R=-0,30 и R=- 0,26,соответственно), депрессии с возрастом (R=0,32) и тревоги с уровнем дохода (R= -0,30).

Выводы.Частота выявления артериальной гипертензии среди работников локомотивного депо ВСЖД составила 41,2% и была больше у мужчин. Большинство больных АГ (75,4%) не получают регулярную и эффективную гипотензивную терапию, контроль АГ был достигнут у 13,3% из числа леченных пациентов. Анализ полученных данных выявил высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств (39,3%) у работников локомотивного депо с АГ, уровни тревоги и депрессии у больных АГ возрастают у женщин, с увеличением возраста и снижением подушевого дохода.

0738

ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА, НЕБИВОЛОЛА И АМЛОДИПИНА НА УРОВНИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Федоришина О.В.,[1] Куклин С.Г.,[1] Протасов К.В.,[1] Щербакова Н.В.,[2] Петрончак Н.В.,[2] Захарова Е.Г.[2]

[1]ГБОУ ДПО «ИГМАПО» Минздрава России, Иркутск, Россия; [2]МАУЗ АМО «БСМП», Ангарск, Россия

Цель: изучить уровень тревоги и депрессии исходно и при курсовом лечении артериальной гипертензии (АГ) карведилолом (Акридилол®, «Акрихин», Россия), небивололом (Небилет®, «Берлин Хеми», Германия) и амлодипином (Нормодипин®, «Гедеон Рихтер») у пациентов молодого и среднего возраста.

Методы: обследовано 112 пациентов с АГ I-II стадии в возрасте 30-55 лет. Все пациенты были рандомизированы и получали карведилол (n = 59), небиволол (n = 23) и амлодипин (n = 34) исходно в суточной дозе 25 мг, 5 и 5 мг соответственно. В случае недостижения целевого уровня офисного артериального давления (АД<140/90 мм рт. ст.) через две недели от начала лечения, дозы препаратов увеличивали вдвое, а через 4 недели — добавляли индапамид в дозе 1,5 мг/сут. Период наблюдения составил восемь недель. Уровень тревоги и депрессии оценивали с помощью самоопросника: «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety Depression Scale — HADS)». Группы лечения карведилолом, небивололом и амлодипином исходно были сопоставимы по средним показателям подшкал тревоги и депрессии, однако следует отметить, что средний балл подшкал по группам был в пределах нормальных значений. Учитывая этот факт в каждой из групп выделялись пациенты с субклинически и клинически выраженными тревогой и депрессией, и динамика подшкал оценивалась только у них. Всем пациентам исходно и на фоне лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты: средние курсовые дозы карведилола, небиволола и амлодипина составили 31,6 ± 15,1, 5,3 ± 2,0, 6,4 ± 2,6 мг/сут. Выявлено достоверное снижение САД и ДАД во всех группах. При этом степень снижения АД в группах карведилола, небиволола и амлодипина была сопоставима как при офисном измерении (-26,3/-16, -26,1/-12,5, -27,4/-13,2 мм рт. ст., соответственно; p>0,05), так и при СМАД (-8,7/-6,9, -12,6/-7,0, -9,7/-6,0 мм рт. ст., соответственно; p>0,05). Небиволол, в большей степени чем карведилол, урежал ЧСС (-10,5 и -7,0 уд/мин, соответственно; p < 0,01). Амлодипин на данный показатель не влиял. Доли пациентов, достигших целевого уровня по офисному АД и порогового уровня по СМАД, в группах не различались. Все исследуемые препараты не повышали уровень депрессии, а прием карведилола и амлодипина приводил к статистически значимому снижению тяжести тревожного синдрома (p=0,006 и p=0,008, соответственно).

Выводы: у больных артериальной гипертонией молодого возраста карведилол и небиволол не увеличивали уровень депрессии, в том числе в группах пациентов с субклинически и клинически значимыми уровнями шкалы HADS. У пациентов с исходно выявленным тревожным синдромом карведилол и амлодипин достоверно уменьшили его выраженность.

0739

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ БИФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Халтурина И.Г., Честнова Ю.А.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель: изучить параметры суточного мониторирования ЭКГ и артериального давления (АД) у больных пожилого и старческого возраста с сочетанием артериальной гипертонии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Исследовано 88 больных с сочетанием АГ и ИБС в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст 79,6±0,8 лет), из них 19 женщин. У 28% больных имелась изолированная систолическая АГ, у остальных — гипертоническая болезнь III стадии. Стенокардия напряжения со средним ФК 2,5±0,3 была у 72% больных, инфаркт миокарда в анамнезе — у 15%. У всех была ХСН с ФК 2,3±0,4. Больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ и АД на аппарате «Кардиотехника-04-АД-3М» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург).

Результаты. У исследуемых больных среднесуточное значение частоты сердечных сокращений (ЧСС) составило 74,6±2,5 уд. в мин., выявлено снижение циркадного индекса (ЦИ) ЧСС: 1,1[1,03;1,16] (медиана [25-й; 75-й процентили]). У всех больных на фоне синусового ритма зарегистрированы экстрасистолы (патологические — у 68%): наджелудочковые одиночные, парные и групповые — у 100%, 66% и 26% соответственно; желудочковые одиночные, парные и групповые — у 82%, 45% и 12%. Признаки ишемии на нагрузочную пробу зарегистрированы у 5% больных, эпизоды болевой ишемии — у 12%, безболевой — у 5%. Среднесуточные значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД составили 140,6±6,5 и 78,4±4,2 мм рт. ст. соответственно. Патологический суточный профиль АД имели: для САД — 82% больных («нон-диппер» — 52%, «найт-пикер» — 18%, «овер-диппер» — 12%), для ДАД — 69% больных (48%, 12% и 9% соответственно). Средняя вариабельность САД днем и ночью и ДАД днем были выше нормы. У 60-75% больных выявлено снижение параметров временного анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР), при спектральном анализе ВСР у 82% — повышение LF-спектра, у 72% — снижение HF-спектра. Среднее значение показателя вегетативного баланса LF/HF у больных составило 1,8 [1,2; 2,3]. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между среднедневным показателем вариабельности САД и мощностью LF-спектра ВСР (r=0,48; p=0,02), тенденция взаимосвязи суточного индекса АД и показателя SDNN(r=0,22; p=0,07).

Выводы.

1. У больных пожилого и старческого возраста с сочетанием АГ и ИБС зарегистрированы высокие среднесуточные показатели ЧСС и САД со снижением ЦИ ЧСС и формированием патологического суточного профиля АД.

2. У большинства больных старших возрастных групп с сочетанием АГ и ИБС выявляются патологические типы аритмий.

3. Ишемические изменения ЭКГ в течение суток у больных преклонного возраста с сочетанной кардиальной патологией возникают в единичных случаях.

4. У больных АГ и ИБС пожилого и старческого возраста снижена ВСР и повышена вариабельность АД за счет активации симпатических и ослабления парасимпатических влияний на сердце.

0740

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИУ БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Фомина В.А.,[1] Исаева Е.А.,[1] Евсина О.В.,[2] Фомина Н.А.[2]

[1]ГБУ РО ОККД; [2]ГБОУВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Цель:Частотавстречаемости в общей популяции семейной гиперхолестеринемии IIbтипа по Фредриксону 10%. Важной особенностью служит преждевременное и ускоренное развитие коронарного атеросклероза и развитие кардиоваскулярных событий.

Материалы и методы: пациент М.,1957 года рождения поступил 26.03.13 г. в Рязанский областной кли-

нический кардиологический диспансер (РОККД) с жалобами на давящие сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке, сердцебиение, головную боль, мелькание мушек перед глазами при повышении артериального давления.

Анамнез заболевания: Около 10 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД190/100 мм рт ст. Регулярно принимал лекарственные препараты по поводу АГ- диротон. В течениеполугода беспокоят боли за грудиной ангинозного характера. При биохимическом исследовании (23.03.12) выявлена гиперхолестеринемия:общий холестерин-11,1 ммоль/л; триглицериды-32,5 ммоль/л; ЛПНП-4,77 ммоль/л; ЛПВП-1,29 ммоль/л, глюкоза-4.8 ммоль/л,ТТГ-1.7мкМЕ/мл Т4св-17пмоль/л. Направлен на госпитализацию в РОККД (26.03.13-09.04.13).

Анамнез жизни: наследственность отягощена,мать страдает ИБС, перенесла инфаркт в возрасте 50 лет. Аллергический анамнез без особенностей, вредных привычек не имеет, сопутствующие заболевания: хроническийпанкреатит с 2000 года.

Объективный осмотр:Пониженного питания. ИМТ- 18.5. В остальном без особенностей.

На основании осмотра, лабораторных и инструментальных данных выставлен диагноз: ИБС: Прогрессирующая стенокардия (при выписке с исходом в стенокардию напряжения II ФК). Атеросклероз аорты. Гиперхолестеринемия. Гипертоническая болезнь III стадия 3 степень риск 4. Гипертрофия левого желудочка. Одиночная наджелудочковая экстрасистолия.

Проведено лечение: диета, небилет, экватор, кардиомагнил, статины (в высоких дозах без эффекта-отменены), трайкор 160 мг, гепарин по схеме. Контроль биохимического анализа крови (01.04.13):общий холестерин-8,3 ммоль/л; триглицериды-11,97 ммоль/л; ЛПНП-0,56 ммоль/л; ЛПВП-0,62 ммоль/л; (09.04.13):общий холестерин-9,61 ммоль/л; триглицериды-12,58 ммоль/л; ЛПНП-0,73 ммоль/л; ЛПВП-1,02 ммоль/л. На фоне проведенного лечения состояние улучшилось: боли ангинозного характера не беспокоят, артериальное давление 120/80 мм рт ст., уровень общего холестерина снизился в 1.1 раз, триглицеридов 2.5 раз, ЛПНП 6.5 раз. ХМЭКГ (28.03.13) зарегистрирована одиночная желудочковая экстрасистола-1, ишемических изменений не выявлено. Рекомендовано: продолжить проводимую терапию.

Вывод: своевременное выявление семейной гиперхолестеринемии и коррекция липидного спектра у данного больного привело к улучшению клинического течения ишемической болезни сердца и снижению риска кардиоваскулярных событий.

0741

КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНОЙ ХБП И АГ, НАХОДЯЩЕЙСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Фомина В.А., Исаева Е.А., Евсина О.В., Фомина Н.А.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО ОККД, Рязань, Россия

Цель: оценить антигипертензивную эффективность и переносимость терапии: леркамен, кордафлекс, беталок-зок, дилтиазем и физиотенз у больной ХБП и АГ, находящейся на гемодиализе.

Материалы и методы: пациентка Х., 1978 года рождения, наблюдается с диагнозом: хронический тубулоинтерстициальный нефрит с исходом в нефросклероз. ХБП V стадия. Лечение программным гемодиализом с 29.10.2007 г. Анемия. Симптоматическая артериальная гипертензия.

Анамнез заболевания: С 1996 г. выставлен диагноз: хронический тубулоинтерстициальный нефрит с исходом в нефросклероз. С 2004 г. выявлено повышение уровня креатинина крови до 160 мкмоль/л. В феврале 2007 г. усугубление выраженности азотемии (креатинин крови 401 мкмоль/л), анемия (гемоглобин 69 г/л), мочевой синдром представлен умеренной протеинурией (0,132-0,165 г/л, лейкоцитурией 7-9 п/з). Артериальное давление 160/100 мм. рт.ст. В октябре 2007г., в связи с нарастанием креатинина крови 1262 мкмоль/л, начат программный гемодиализ — 12 часов в неделю. Креатинин крови 2013г — 800 мкмоль/л.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Аллергический анамнез без особенностей, вредных привычек не имеет. Несмотря на адекватный диализный режим, с достижением «сухого вещества», гипертензия сохранялась.

С 2007г по поводу артериальной гипертензии получает кордафлекс 20 мг после гемодиализа, беталок-зок 50 мг х 2 раза в сутки, леркамен 20 мг х 1 раз в сутки, дилтиазем 90 мг х 2 раза в сутки. На фоне данного лечения цифры артериального давление оставались высокими 180/100 мм. рт.ст. В связи с чем был добавлен физиотенз 0,6 в сутки, что позволило стабилизировать АД.

Вывод: Добавление физиотенза к стандартной антигипертензивной терапии: леркамен, кордафлекс, беталок-зок позволила стабилизировать и контролировать цифры артериального давления у пациентки с ХБП на программном гемодиализе.

0742

КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИПАРАМЕТ-РОВ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИПРОВЕДЕНИИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХПРОБ

Фролов В.М., Симоненко В.Б., Сушкова И.Э.

ФКУ «МУНКЦ им. П.В.Мандрыка» МО РФ, Москва

Артериальная гипертензия (АГ) является сосудистым заболеванием. Нарушение регуляции сосудистого тонуса (СТ) играет важную роль в патогенезе АГ. Выявление нарушений регуляции СТпозволяет выявить ранние предвестники АГ.

Цели исследования: изучить реакции артериального давления (АД)и вегетативной нервной системы (ВНС) при проведении модифицированной пассивной ортостатической пробы (ПОП) у молодых лиц с наследственной отягощенностью (НО) по АГ и у пациентов с высоким нормальным АД (ВНАД).

Материалы и методы: обследованы 38 пациентов (25 мужчин, 13 женщин, возраст 27,5±4,3 лет). 18 (48,6%) пациентов с нормальными показателями АД, но имевщие НО — составили I группу (гр). 20 обследуемых (54,1%) с ВНАД — II гр.В контрольную гр. (КГ) вошли 17здоровых пациентов.ПОП проводили с помощью системы TASKFORCE® Monitor(Австрия). Система позволяет проводить измерения АД методом «от сокращения к сокращению». Оценивались вари-абельностьсердечного ритма и АД. Разработан специальный протокол. Регистрация исходных показателей в положении лежа (5 мин), поворотный стол поднимался на угол 40-45° (исследование в течение 20 мин). (В отличие от классического тилт-теста не было упора ногами в специальную площадку).

Полученные результаты: в I гр. гипертензивный тип реакции АД на орто-стаз выявлен у 11 обследованных. Значимым являлось повышение систолического АД (САД) более чем 20 мм ртст и диастолического АД (ДАД) более 10 мм ртст по сравнению с исходными показателями. У 6 выявлена «начальная» ортоста-тическая АГ (НОАГ) (наблюдалась в период до 3 мин), у 3 выявлена «стойкая» АГ (СОАГ) (наблюдалась весь период пробы или не менее 15 мин), у 2 –«конечная» АГ (КОАГ) (наблюдалась за 5-10 мин до окончания пробы). Гипотензивный тип реакции (снижение САД более чем на 20 и ДАД более 10 мм РТ ст) АД выявлен у 2 обследуемых, у всех была выявлена начальная орто-статическая гипотензия (НОГ), у 3выявлен фазный тип ортостатической реакции АД (ФТ). У 2 пациентов отсутствовали значимые изменения. Во II гр. — гипер-тензивный тип ортостатической реакции АД выявлен у 14, у 6 из них — НОАГ, у 5 выявлена СОАГ, у 3 КОАГ. Гипотензивный тип реакции АД (НОГ) выявлен у 3 пациентов. У 3 — выявлен ФТ. ВКГ выявлены физиологические реакции АД на ортостаз. У 63% обследуемых в I гр. и у 89% во II-ой выявлено повышение показателей ВАР АД, преимущественно САД, в меньшей степени ДАД. Выявлено преимущественное влияние симпатического отдела ВНС на АД. У 4 пациентов I гр. и у 7 из II, через год после проведенного исследования появились признаки поражения органов — мишеней (изменения сетчатки глаза). Через 2 года началь-ные проявлений АГ были отмечены у 6 пациентов I гр. и у 9 из II, выявлены изменения со стороны почек, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Выводы: Выявленные ортостатические реакции АД и изменениявариа-бельности сердечного ритма свидетельствуют о нарушении регуляции сосудистого тонуса и высоком риске развития АГ у молодых пациентов, ранее считавшиеся здоровыми. Полученные данные могут использоваться для ранней диагностики заболевания, как предикторы АГ.

0743

К ВОПРОСУ О ВЫЯВЛЕНИИ АРИТМИЙ АССОЦИИРОВАННЫХ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

ФроловВ.М., СимоненкоВ.Б., СушковаИ.Э., МартыненкоТ.В.

ФГБУ«МУНКЦ им.П.В. Мандрыка»МО РФ, Москва

На долю кардиогенных синкопальных состояний (СС) приходится до 35% от всех обмороков (Capoor W.N.,1992), летальность при них — от 18 до 33% (DiMarcoJ.P., 1994).

Цели исследования: изучение распространенности СС обусловленных нарушениями сердечного ритма и проводимости среди прикрепленных пациентов, определение наиболее информативныхметодов диагностики.

Материалы и методы. С января 2006 г по январь 2013 г выявлено 139пациентов с СС. Из них у 91(69%) СС были кардиогенными. Из них у 24(,2%) выявлены (структурные) поражения сердца, у 71(%) — причинами СС были аритмии. Среди пациентов с аритмогенными СС мужчин было 32, женщин 37, средний возраст 54,3±7,2 лет.

Результаты и обсуждение.Основной причиной СС явилась ФП (33%). На 2 месте- желудочковые тахикардии (ЖТ) (14%). Преобладание ФП в развитии СС связано с ее большей встречаемости среди прикрепленных пациентов. СС встречались в 9% от всех случаев ФП, а при ЖТ — в 74%. Наиболее часто СС встречались при ФП и трепетании предсердий (ТП) при синдроме WPW(у 13больных), наличие пауз (более 3500 мс)(у14 больных), ТП с проведением 1:1(у6). Среди ЖТ причиной ССбыла полиморфная тахикардия с удлиненнымQT («torsadedepointes») (у13 больных). Антидромная тахикардия при синдроме WPW (у 7 больных). Синдром слабости синусового узла (СССУ) (у 11 больных). У 8больных СС аритмии выявлялись на фоне постоянной кардиостимуляции. Клинически детерминированные аритмии при проведении холтеровскогомониторирования ЭКГ (ХМ) выявлялись в 87,6% случаев.При проведении электрофизиологического исследования (ЭФИ), в том числе неинвазивного — в78%. Петлевой (событийный) рекордер был эффективен во всех 8случаях его применения (100%). Из 10 случаев применения наружного петлевого рекордера, аритмии как возможная причина СС выявлена в 8 случаях (80%).В 5 случаях выявить аритмию, потенциальную причину СС позволила методика телеэлектрокардиографии. ЭКГ были переданы по телефону. При проведении проб с физической нагрузкой СС выявлялись в 7 случаях. При проведении тилт-теста, выявлялись аритмии обусловленные ортостатическими реакциями (9 случаев). На ЭКГ в покое аритмии связанные с СС выявлены в 12 случаях.

Выводы. Доля аритмогенныхСС в структуре всех обмороков составляет 69%. Наиболее часто СС ассоциировались с ФП и ЖТ. Среди брадиаритмий наиболее частой причиной СС был СССУ. Наиболее информативным методом является петлевой рекордер. Наиболее приемлемым,высокоинформативным методом выявления аритмий является холтеровскоемониторирование ЭКГ. На основании полученных данных разработан алгоритм диагностических исследований кардиогенных причин синкопальных состояний.

0744

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хазова Е.В., Булашова О.В., Ослопов В.Н., Малкова М.И.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается актуальной проблемой современной кардиологии по причине высокой распространенности, частых повторных госпитализаций, высокого уровня смертности. На прогноз ХСН оказывают влияние генетические, возрастные, гендерные, этнические различия исследуемого населения.

Цель: выявить прогностические факторы неблагоприятного исхода у больных с ХСН, проживающих в г. Казани.

Методы: Обследовано117 пациентов (53 мужчин, 64 женщины) с ХСН госпитального регистра. Причиной формирования ХСН была ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 77%, в том числе в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) –70%, только АГ — 17%. Функциональный класс (ФК) ХСН соответствовал I ФК — 4%, II — 42%, III — 48%, IV — 6%. Скорость Na+/Li+–противотранспорта (ПТ) в мембране эритроцита изучалась по методике M. Canessa (1980). Методом математического анализа общая группы пациентов была разделена на квартили по величине скорости Na+/Li+-ПТ. Для выявления вероятности наступления сердечно-сосудистого события (ССС) все нефатальные кардиальные осложнения (инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт (МИ), госпитализации по поводу декомпенсации ХСН, впервые выявленный сахарный диабет (СД), проведение аортокоронарного шунтирования (АКШ)) были объединены, т.е. выделена комбинированная конечная точка (ККТ).

Результаты: В течение года ККТ достигли 76,9% больных с ХСН: 55% были госпитализированы по поводу декомпенсации ХСН, впервые выявленный СД у 16%, ИМ — у 14%, МИ — у 2,6%, АКШ проведено — 12% пациентов. Годовая смертность больных с ХСН составила 12%. Причинами смерти были: ИМ –30,7%, внезапная сердечная смерть — 46,2%, МИ — 7,7%, тромбоэмболия легочной артерии — 7,7%, онкологическое заболевание –7,7%. Анализ смертности во взаимосвязи с ионтранспортной функцией клеточной мембраны показал большую долю умерших среди носителей высоких величин скорости Na+/Li+-ПТ. ССС развивались с равной

частотой — 54% у пациентов II и III квартилей скорости Na+/Li+-ПТ, реже у носителей высоких величин Na+/Li+-ПТ (42%). СД чаще был выявлен у носителей I (25%) и II (17%) квартилей скорости Na+/Li+-ПТ.

Методом бинарной логистической регрессии были выявлены параметры, влияющие на кардиоваскулярную смертность больных с ХСН: значение 6-минутного теста ходьбы (bi =-0,13), уровень гемоглобина (bi =-1,1), курение (bi=-19,49), наличие ИМ в анамнезе (bi =-37,19) и фибрилляции предсердий (ФП) (bi =-43,53) при p<0,001. В наступлении ККТ имели значение: ФК ХСН (I ФК bi =-1,835; II ФК bi = 0,021; IIIФК bi = 3,302), курение (bi =22,18), 6-минутный тест ходьбы (bi =0,02), уровень общего холестерина (bi =-1,18), гемоглобина (bi =0,059), наличие ФП (bi =1,96), применение β-адреноблокаторов (bi =2,07), конечный систолический размер левого желудочка (bi =-1,395), размер левого предсердия (bi =1,309), размер правого желудочка (bi =3,978), а также величина скорости Na+/Li+-ПТ (bi =0,017) при p<0,005.

Таким образом, исследование скорости Na+/Li+-ПТ может быть использовано для прогнозирования течения ХСН наряду с другими параметрами.

0745

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Хайло Н.В., Лынник Л.В., Гапеева К.О.

РостГМУ, Кафедра внутренних болезней № 1; ГБУ «Областная клиническая больница № 2»

Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить распространенность, этиологию, уровень регоспитализаций и систолическую функцию сердца у больных с синдромом декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: были проанализированы медицинские карты 266 пациентов кардиологического отделения ОБ №2 выписанных в ноябре-декабре 2012г. Отобраны 46 карт с синдромом острой декомпенсации ХСН, что составило 38% от общего числа пролеченных пациентов. Соотношение мужчин и женщин 13:15,средний возраст 65 -+ 1,5 лет. Отдельно была оценена группа пациентов с повышенными показателями индекса массы тела. Из них 35% (12 пациента) с I степенью ожирения, 50% (20 пациентов) со II степенью и 15% (8 пациента) с III степенью ожирения.

Результаты: при анализе было обнаружено, что причиной ХСН у 24 пациентов явилось сочетание ИБС и ГБ (50%), у 12 пациентов ИБС, постинфарктный кардиосклероз (21,5%), у 16 пациентов ИБС с нарушениями ритма сердца (28,5%). Наиболее частым видом нарушения сердечного ритма была фибрилляция предсердий (12 больных), у 4 пациентов регистрировалась полная блокада левой ножки пучка Гиса. У 8 пациентов клиническое состояние отягощалось застойной пневмонией. У 16 пациентов ХСН сочеталась с сахарным диабетом 2 типа. Необходимо отметить, что все больные сахарным диабетом имели повышенный индекс массы тела. У 11 пациентов выявлено нарушение функции печени, что проявилось высоким уровнем билирубина и повышением активности трансаминаз. У 6 пациентов выявлено умеренное повышение уровня креатинина. У большинства пациентов данная госпитализация была повторной, а у 15% — многократной. Уровень регоспитализации у 15% больных не превышал 90 дней. У пациентов с повышенными показателями индекса массы тела отмечались наиболее тяжелые изменения систолической функции левого желудочка (фракция выброса составила ‹35%) и наблюдалась выраженная дилатация камер сердца. Средняя продолжительность госпитализации составила 14-16 койко-дней.

Выводы: острая декомпенсация хронической сердечной деятельности является частой причиной как первичной, так и повторной госпитализации пациентов в кардиологическое отделение. В прогрессировании ХСН важная роль принадлежит сопутствующим заболеваниям и поражению других органов и систем в том числе метаболическим расстройствам (избыточная масса тела, сахарный диабет и различным нарушениям функции печени). Коморбидность пациентов ограничивает возможность применения некоторых лекарственных препаратов, что отражается на течение и исходе основного заболевания.

0746

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Хайретдинова Т.Б., Павлова М.К.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Курение является фактором риска сердечно-сосудистой патологии и одной из основных причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Россия, лидируя по распространённости подросткового курения, определяется неблагоприятным прогнозом здоровья населения в ближайшем будущем.

Цель: изучение клинико-биохимических маркёров кардиоваскулярной патологии и их взаимовлияние у курящих подростков.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 61 подросток 15-17 лет, 18 из которых курили в течение 3-х лет, остальные — более длительно (до 7 лет), интенсивность курения — 5-10 сигарет в день. 19 подростков имели средний и высокий уровень никотиновой зависимости. Оценка уровня артериального давления проводилась по средним значениям систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) при 3-х-кратном измерении на основе процентильного распределения артериального давления для соответствующего возраста, пола и процентиля роста. Уровень гомоцистеина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментативного анализа с помощью тест-наборов фирмы Axis-Shield (Норвегия). 5 подростков имели отягощённую наследственность (родители страдали ССЗ), 18 подростков составили контрольную группу.

Результаты. У большинства подростков (45) артериальное давление находилось в пределах нормы, у 6 подростков артериальное давление оказалось пониженным, у 6 — высоко нормальное артериальное давление, у 3 подростков выявлена артериальная гипертензия. Повышенный уровень гомоцистеина в сыворотке крови выявлен в группе длительно и интенсивно курящих подростков (16,1±2,5) мкм/л и (14,2±2,1) мкм/л соответственно и в группе подростков с отягощённой наследственностью (11,3±1,8) мкм/л по сравнению с контрольной группой некурящих (8,5±2,3) мкм/л, $P<0,05$. Уровень гомоцистеина был повышенным у двух подростков с артериальной гипертензией ((15,1±2,1) мкм/л) по сравнению с группой детей с высоким нормальным и пониженным артериальным давлением. Достоверных различий содержания гомоцистеина в зависимости от уровня артериального давления не получено.

Выводы. Изученные клинико-биохимические показатели являются риском возникновения кардиоваскулярной патологии у курящих подростков

0747

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Хайретдинова Т.Б., Абраров Р.А.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Актуальность. В последнее время внимание врачей все чаще начали привлекать малые аномалии развития сердца (МАРС), являющиеся проявлением синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Цель: выявить особенности липидного обмена у подростков с ДСТ.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное клиническое обследование 100 пациентов мужского пола призывного возраста. Для достижения поставленной цели сформированы две группы. Первая группа — пациенты с МАРС (n=60). Вторая группа (группа сравнения) — пациенты, не имеющие их (n=40). Пациенты обеих групп не обладали общепризнанными факторами риска развития атеросклероза (отягощенная наследственность, ожирение, стойкое повышение артериального давления, гипергликемия, курение). Пролапс митрального клапана был выявлен у 22 (36,67%), ДХЛЖ — у 29 (48,33%), их сочетание — у 9 (15%) пациентов первой группы. При этом у 32 (53,33%) пациентов первой группы были выявлены дополнительные клинико-инструментальные признаки ДСТ. Математическая обработка была осуществлена с помощью программ Microsoft Excel и Statistica6.0.

Результаты. У пациентов первой группы прослеживается корреляция между возрастом в годах и уровнем атерогенных фракций холестерина (ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП) (r=0,32, p<0,05), между возрастом в годах и индексом атерогенности (ИА) (r=0,43, p<0,01); обратная корреляция между возрастом в годах и уровнем антиатерогенной фракции холестерина (ХС ЛПВП) (r=-0,29, p<0,05). У пациентов второй группы данные корреляции оказались статистически недостоверными.

У 32 (53,33%) пациентов первой группы, имеющих дополнительные клинико-инструментальные признаки ДСТ, среднее значение ИА составило 1,74±0,3, ХС ЛПВП — 1,49±0,14 ммоль/л; у пациентов той же группы, не имеющих их — 1,16±0,12 и 2,07±0,11 ммоль/л соответственно. Кроме того, прослеживается прямая корреляция между количеством дополнительных клинико-инструментальных признаков ДСТ и ИА (r=0,46, p<0,01) и обратная корреляция между количеством дополнительных клинико-инструментальных признаков ДСТ и ХС ЛПВП (r=-0,41, p<0,05).

Выводы. У пациентов с МАРС, в отличие от пациентов, не имеющих их, выявлены тенденции к повышению уровня атерогенных фракций ХС и ИА и снижению уровня антиатерогенной фракции ХС с возрастом. У пациентов с МАРС, имеющих дополнительные клинико-инструментальные признаки ДСТ, среднее значение ИА достоверно выше (p<0.05), а уровень антиатерогенной фракции холестерина (ЛПВП) достоверно ниже (p<0.01), чем у пациентов той же группы без дополнительных клинико-инструментальных признаков ДСТ. Таким образом, пациенты с ДСТ подвержены нарушениям липидного обмена, в связи с чем, по нашему мнению, при наличии у них общепризнанных факторов риска развития атеросклероза, он у них может проявиться раньше, чем у пациентов без ДСТ, и труднее поддаваться лечению (возможно, потребуется применение препаратов магния, что требует дальнейшего изучения).

0748

АНАЛИЗ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Алексеев И.А.; ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия

Цель: Оценить сроки госпитализации пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией (АГ) .

Материалы и методы: Обследовано 426 больных АГ II–III стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009) — 211 лиц пожилого возраста,107 старческого возраста, 108 больных — 45-59 лет. Для проведения исследования был разработан опросник, включающий блок вопросов по оценки качества оказания медицинской помощи на стационарном этапе.

Результаты: Мужчины пожилого возраста чаще госпитализировались в стационар сразу после обращения — 21,3%, реже больные госпитализировались через 1-3 дня после обращения — 13,3%. Среди пациентов данной группы высок удельный вес поздней госпитализации — через 16-30 дней и свыше 30 дней — по 10,7% соответственно. Женщины этой возрастной групп также чаще всего госпитализируются в стационар сразу после обращения — 23,8%, или через 1-3 дня после обращения — 15,2%. Отмечено более ранняя госпитализация женщин данной группы по сравнению с мужчинами своего возраста, так в течении 24 часов — 12.4% и доставлены бригадой «Скорой помощи» — 12,4%. Мужчины старческого возраста госпитализировались также наиболее часто сразу после обращения — 26,2%, либо в течение 24 часов с момента обращения — 23,8%, реже пациенты госпитализировались через 4-7 дней после обращения — 16,7%. Женщины старческого возраста чаще госпитализировались «Скорой помощью» — 22,6%, либо в течение 24 часов с момента обращения — 17,0%., реже женщины этой возрастной группы госпитализировались сразу после обращения и через 1-3 дня — по 11,3% соответственно. Мужчины группы сравнения достоверно реже госпитализируются в течении 24 часов с момента обращения, чем мужчины пожилого (p=0,042) и старческого (p=0,002) возрастов, а также по сравнению с женщинами своей группы (p=0,003). Мужчины старческого возраста госпитализируются достоверно реже через 1-3 дня после обращения, чем мужчины группы сравнения (p=0,028) и с тенденцией близкой к достоверности (p=0,052) с мужчинами пожилого возраста, также у мужчин старческого возраста достоверно реже имеет место госпитализация — через 8-15 дней в сравнении с мужчинами группы сравнении (p=0,027). Достаточно тревожен факт, что пациенты вынуждены ожидать госпитализации в 3,8-11% случаев в течение 16-30 дней, а в 2,4%-10.7% случаев свыше 30 дней (только женщины группы сравнения не ожидали указанный срок госпитализации). Более ранняя госпитализация пациентов старших возрастных групп обусловлена, как тяжестью состояния, так и определенными социальными функциями ЛПУ при лечении данных пациентов.

Выводы: При оценке сроков госпитализации пациентов старших возрастных групп отмечено, что боль-

шинство лиц пожилого возраста и мужчин старческого возраста госпитализируются сразу после обращения, женщины старческого возраста чаще госпитализируются бригадой «Скорой помощи». Высок удельный вес ожидающих госпитализации свыше двух недель, что говорит о недостаточно эффективной работе стационарного звена с пациентами геронтами с АГ .

0749

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С ВАЛЬСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить сравнительную антигипертензивную и органопротективную эффективность трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсартаном у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 25 больных ЭГ I-II стадии, со степенью АГ 1-3 (ESC, 2010г.) с поражением органов мишеней и более трех факторов риска, мужского и женского пола. Средний возраст составил 48,64±9,71 лет, ИМТ 29,3±4,0 кг/м2, средняя длительность заболевания 6,83±3,99 лет. Эндотелийзависимую вазодилятацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией по приросту диаметра (ΔD%) плечевой артерии. Оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий методом дуплексного сканирования. Степень микроальбуминурии (МАУ) определяли ферментативным методом биохимическим анализатором «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания).

Всем больным назначалась комбинированная терапия индапамидом (Индап, Pro.Med.CS, Чешская Республика) с вальсартаном (Нортиван, "Gedeon Richter", Венгрия). Средняя суточная доза препаратов составила: индапамид — фиксированная доза 2,5мг, доза вальсакора титровалась от 40мг до 160мг и составила — 80,00±40,86 мг.

Результаты исследования. На фоне трехмесячной комбинированной терапии индапамидом с вальсартаном по данным офисного измерения АД отмечен хороший антигипертензивный эффект. САД снизилось до 21,32% (от 158,43±14,34 мм рт.ст. до 124,32±9,57 мм рт.ст., p=0,000). Снижение ДАД составило 19,46% (от 98,41±6,88 мм рт.ст. до 79,0±7,36 мм рт.ст, p=0,000). При этом целевые значения САД и ДАД достигли у 96% и 92% больных соответственно. Улучшение ЭЗВД свидетельствовало о вазопротекции, ΔД% достигло 9,84±4,26% против 6,49±3,27% (p=0,003). КИМ сонных артерий отмечалась тенденция к уменьшению до 0,78±0,18 мм против 0,81±0,21 мм (p=0,059). МАУ уменьшилась до 24,81±23,91 мг/л против 42,94±54,87 мг/л на исходе (p=0,064). Эпизодов гипотонии на фоне приема комбинации индапамида и вальсартана не наблюдалось.

Выводы: В процессе трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсакором отмечена высокая антигипертензивная эффективность при хорошей переносимости. Комбинированное применение индапамида с вальсартаном способствовало улучшению ЭЗВД, КИМ, снижению МАУ.

0750

ПРИМЕНЕНИЕ АМИОДАРОНА В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ У БОЛЬНЫХ С НИЗКИМАРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА

Хожибоев А.М., Сулейманов А.П., Бакиров Г.М.

Ташкентский областной центр экстренной медицинской помощи, город Чирчик, Республика Узбекистан

Применение бета-адреноблокаторов в остром периоде инфаркта миокарда считается неоспоримым стандартом вкардиологии. Однако, их назначение ограничивается достаточно широким спектром противопоказаний, в частности, у больных с низкими цифрами артериального давления (ниже 100 мм рт.ст. САД).

В феврале-месяце 2012 года нами начато исследование с назначением амиодарона (кордарон) в качестве замены бета-адреноблокаторов у данной категории больных.

С целью оценки эффективности кордарона в остром периоде инфаркта миокарда у больных с низкими цифрами артериального давления (80/60 до 95/70 мм рт.ст), при наличии тахикардии нами был проведен анализ 28 больных за период с февраля 2012 по май 2013 г.г. Кордарон назначался в дозах 450-900 мг/сут в/в.

Для контрольной группы был проведен ретроспективный анализ историй болезни 28 больных за период с сентября 2010 по январь 2012г.г., которымамиодарон не назначался.

Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, диагнозу и срокам заболевания, а также исходным гемодинамическим данным с основной группой. Как в основной, так и в контрольной группах больные получали стандартную фибринолитическую, антикоагуляционную, дезагрегационнуютерапию.

Задачей данного исследования было не столько сравнение летальности после применения кордарона и без него, сколько определение времени стабилизации гемодинамики у больных основной и контрольной групп, и, как следствие, перевод ихиз реанимационного режима в профильное отделение.

В группе больных, получающих кордарон, умерло 2 больных, в контрольной группе — 3 больных. Сроки перевода больных из реанимационного отделения распределились в группах следующим образом: Основная группа: 19 больных (67,9%) переведены в отделение экстренной терапии на 3 сутки; 4 больных (14,3%) на 4 сутки; 2 больных(7,1%) на 5 сутки; и 1 больной (3,6%) оставался в отделении реанимации свыше 5 суток. Контрольная группа: 8 больных (28,5%)переведены в отделение экстренной терапии на 3 сутки; 6 больных (21,4%) на 4 сутки;7 больных (25%) на 5 сутки;и 4 больных (14,3%) оставались в отделении реанимации по истечении 5 суток.

Таким образом,применениеамиодарона (кордарон) в качестве альтернативы бета-адреноблокаторам у больных с низкимартериальным давлениеми сопутствующей тахикардией в острый период инфаркта миокарда позволяет сократить сроки пребывания их в реанимационном отделении, но требует более глубокого изучения(с увеличением количества исследуемых больных, периода их наблюдения, сравнения ЭКГ-данных, мониторинга сердечного ритма, показателей биохимических маркеров).

Подтверждение положительныхотдаленных результатов позволит рассмотреть возможность включенияэтого препарата в стандарты лечения данной патологии.

0751

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Бекетов П.А., Деврижбекова З.М.

Ростовский государственный медицинский университет, г Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить особенности С-реактивного белка (СРБ), показателей липидного обмена у пациентов острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) на фоне приема аторвастатина.

Материалы и методы: Включено в исследование 58 человек (30 женщин и 28 мужчин), сопоставимых по возрасту 58±2, 24 лет, 60±2,73 лет, соответственно. Критерии включения: первые 96часов от начала ОКС, возраст старше 40 лет, ОКСбпST, женщины в период менопаузы. Критерии исключения: острая почечная, печеночная недостаточность, наследственная гиперхолестеремия, онкологические заболевания. Оценивали уровень: общего холестерина (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛВНП), триглицериды (ТГ), высокочувствительного С-реактивный белок (hsСРБ). Больные получали стандартную терапия ОКС, аторвастатин в течение 16 недель под контролем липидограммы. Запланированы визиты пациентов: 1-включения, 2 — 4 недели, 3- 8 недель, 4- 16 недель оценивали изучаемые показатели. Для оценки безопасности приема статинов контролировали АСТ, АЛТ, общий билирубин. Statistica 6.0. Достоверные данные при $p<0,05$.

Результаты: При оценки уровня СРБ в динамике, наметилась тенденция к снижению от 1 до 4 визитов 96,±18,34, 93,0 ±15,48. Между визитом включения и 16 недель лечения статинами было выявлено достоверное снижение значений hsСРБ: 7,11±1,86 мг/л и 3,56±0,95 мг/л. При анализе уровня ОХС в динамике всех визитов, отмечено достоверное снижение 4,76 ±0,30 ммоль\л, 4,06±0,24 ммоль\л, при этом уровень ОХС был

выше у женщин по сравнению с мужчинами на 1 визите. При этом, уровень ЛПВП при приеме аторвастатина имел тенденцию к увеличению и имел значения 1,09±0,05 ммоль\л к визиту 16 недели. Уровень ЛПНП между 1 и 2 визитом имели тенденцию к снижению, а также достоверно уменьшились к 8 — 16 недели лечения по сравнению с визитом включению. У женщин уровень ЛПНП был выше уже на визите 1 и 4 лечения по сравнению с мужчинами. Значения ТГ, в динамике лечения, достигли целевых цифр, при этом достоверных различий не было получено. Необходимо отметить, что за все время динамического наблюдения пациентов ОКСбпST клинически значимых увеличений биохимических значений: АСТ, АЛТ, общего билирубина и его фракций не было выявлено.

Выводы: Через 16 недель лечения аторвастатином, все пациенты достигли целевых значений: липидного обмена. Выявлено более выраженное увеличение уровня ОХС и ЛПНП у женщин, что вероятно обусловлено другими факторами риска. Уровень hsСРБ снижался на фоне лечения статинам, что отражает положительное влияние на прогноз пациентов ОКСбпST. Статины в течение 16 недель позволяют достичь нормализации показателей липдиграммы и уровня hsСРБ.

0752

ДИНАМИКА ЗНАЧЕНИЙ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить особенности С-реактивного белка (СРБ) у пациентов острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) на фоне стандартно терапии.

Материалы и методы: 58 человек принимали участие в исследовании, среднего возраста 62,92±1,07 лет. Критерии включения: первые 96 часов от начала ОКСбпST, возраст старше 40 лет, ОКСбпST, женщины в период менопаузы. Критерии исключения: острая почечная, печеночная недостаточность, наследственная гиперхолестеремия, онкологические заболевания. Оценивали уровень: высокочувствительного С-реактивный белок (hsСРБ). Больные получали стандартную терапия ОКС, включая статины в динамике 16 недель под контролем липидограммы. Плановые визиты пациентов: 1-включения, 2 — 4 недели, 3- 8 недель, 4- 16 недель оценивали изучаемые показатели. Для оценки безопасности приема статинов контролировали АСТ, АЛТ, общий билирубин. Statistica 6.0. Достоверные данные при $p<0,05$.

Результаты. На фоне успешной приверженности в лечении пациентов ОКСбпST: при соблюдении диеты и постоянном клинико-лабораторном контроле достигнуты целевые цифры биохимических показателей липидограммы и снижение уровня hsСРБ. Так в динамике всех визитов достоверное снижение уровня ОХС. Уровень ХС ЛПНП достоверно снизился к 8 — 16 недели лечения пациентов. В более поздние сроки ведения пациентов — к визиту 16 недели, значения ЛПВП при приеме статинов имели тенденцию к увеличению до 1,09±0,05 ммоль\л. Таким образом, в результате лечения пациентов ОКСбпST в течение 16 недель получено снижение уровня ОХС на — 17,4%, ХС ЛПНП на — 18,3%, ТГ на — 12%. Установлено незначительное увеличение уровня ХС ЛПВП на + 1,9%. При оценки уровня hsСРВ установлено достоверное снижение в динамике всех визитов наблюдения пациентов ОКС (визит 1 — 7,23±1,11; визит 2 — 5,36±0,71; визит 3 — 3,32 ± 0,49; визит 4 — 3,30±0,53 мг/л), что отражает положительную динамику и улучшает прогноз пациентов. При анализе уровня hsСРВ в зависимости от пола пациентов гендерных различий в динамике всех визитов получено не было. За 16 недель наблюдения пациентов ОКСбпST были оценены 3 конечные точки. Два пациента были повторно госпитализированы с диагнозом: ОКС. Значения hsСРВ среди пациентов с конечными точками составило7,8±2,03 мг/л, что было выше чем в среднем среди всех пациентов, достоверно не различалось, учитывая небольшое количество.

Выводы При приверженности пациентов ОКСбпST к лечению в течении 16 недель стандартной терапии возможно достижение целевых значений ОХС, ХС ЛПНП, ТГ и увеличение уровня ХС ЛПВП. Снижение уровня hsСРВ у больных после ОКСбпST до значений 3,30±0,53 мг/л отражает снижение сердечно-сосудистого риска и улучшает прогноз заболевания.

0753

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ — ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования — изучить клинические особенности течения, показатели пуринового обмена у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИмпST) в зависимости от частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Материалы и методы. В исследование включен 91 пациент ИмпST, средний возраст 60,86±1,2 лет и 30 практически здоровых добровольцев, средний возраст 59,83±0,79 лет. Критериями включения: возраст старше 45 лет, ИМпST передней стенки левого желудочка, осложненного острой сердечной недостаточностью (ОСН) по классификации Killip (I–III степени). Критерии исключения: пациенты, которым планировалось стентирование, ОСН Killip IV степени, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, хроническая почечная и печеночная недостаточность, онкологические заболевания, патология опорно-двигательного аппарата, требующая назначения нестероидных противовоспалительных препаратов, женщины репродуктивного возраста, больные подагрой или повышение уровня МК в анамнезе. Учитывая ЧСС менее и более 70 уд./мин. все больные ИМпST были разделены на две группы. Оценивали объективные данные и показатели пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантиноксидазы и уровень мочевой кислоты). Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с помощью программы Statistika-6,0.

Полученные результаты. Среди изучаемых пациентов всего лишь 13% имели ЧСС менее 70уд./мин, что вероятно обусловлено активностью симпатической нервной системы при инфаркте миокарда. При изучении биохимических параметров пациентов было выявлено увеличение индекса атерогенности (ИА), снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) по сравнению со здоровыми добровольцами и у лиц ИМпST с ЧСС‹ 70 уд./мин., что отражает более выражение нарушения липидного обмена. При анализе объективных данных пациентов ИМпST в группе пациентов с ЧСС ‹ 70 уд./мин. получено достоверное увеличение частоты дыхательных сокращений (ЧДД), ЧСС по сравнению с контролем. А в группе больных с ЧСС › 70 уд./мин.выявлено достоверное увеличение ЧДД, ЧСС, систолическое и диастолическое АД, пульсового АД (ПАД) ($p<0,05$) по сравнению со здоровыми добровольцами. Увеличение ЧСС у больных с инфарктом миокарда отражает нарушение гемодинамики, что играет основную роль в провоцировании разрыва атеросклеротической бляшки. На фоне повышения ЧСС увеличивается потребность в АТФ, что приводит к увеличению активности фермента 5-нуклеотидазы. При изучении показателей пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантиноксидазы и уровень мочевой кислоты) у пациентов ИМпST были выше по сравнению с группой контроля. При этом, в зависимости от ЧСС более 70 уд./мин у больных инфарктом миокарда было выявлено увеличение активности 5-нуклеотидазы. Другие изучаемые показатели пуринового обмена в зависимости от ЧСС достоверно не различались.

Выводы. При повышение ЧСС более 70 уд./мин среди пациентов ИМпST выявлены наиболее выраженные нарушение гемодинамики, изменения липидного обмена, что усугубляет тяжесть течения заболевания. Частота сердечных сокращений является маркером интенсивности метаболизма пуринового обмена и отражает более выраженный дефицит энергии у больных инфарктом миокарда.

0754

ПРИМЕНЕНИЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Хорькова Н.Ю., Рычков А.Ю., Харац В.Е., Колунин Г.В., Колычева О.В., Качалкова О.Н., Дюрягина Е.Л.

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

Цель работы: Оценить эффективность и безопасность катетерной аблации желудочковых нарушений ритма, в том числе с использованием систем Carto3 и Cryo Cath.

Материал и методы: С января 2012 г. по март 2013 г. было выполнено 100 катетерных абляций желудочковых аритмий, в 92 случаях с использованием электроанатомической системы навигации Carto3,

у 4 пациентов с применением системы Cryo Cath. У 9 пациентов проведена повторная катетерная абляции. Средний возраст пациентов составил 44,1±13,3 лет, из них — 59 женщин и 41 мужчина. По данным суточного мониторирования ЭКГ у 81 пациента зарегистрирована частая (в среднем 21564 экстрасистол за сутки) мономорфная желудочковая экстрасистолия, у 19 — пароксизмы устойчивой желудочковой тахикардии. Оценка эффективности проводилась по данным протокола операции (купирование желудочковой экстрасистолии на фоне радиочастотных воздействий) и результатам суточного мониторирования ЭКГ в ранний послеоперационный период.

Результаты: Подавляющее большинство (66%) желудочковых нарушений ритма сердца было ассоциировано с выводным трактом правого желудочка (ПЖ), в 23% случаев — с выводным трактом левого желудочка (ЛЖ), в 5% — с приточным отделом ПЖ, в 4% — с трабекулярным отделом ЛЖ. Общая эффективность катетерной абляции желудочковых аритмий составила 79 %. У 73 прооперированных больных не выявлено грубой органической патологии сердца. Среди них положительный эффект отмечен в 84% случаев (61 из 73). У остальных пациентов диагностирована органическая патология сердца: у 17 больных — сочетание артериальной гипертонии с ИБС, 9 пациентов — ИБС с постинфарктным кардиосклерозом и/или перенесенной в анамнезе операцией транслюминальной балонной коронарной ангиопластикой коронарных артерий, 1 — с дилатационной кардиомиопатией с имплантированным устройством CRT. Эффективность абляции в последней группе составила 67% (18 из 27). В 4 случаях в связи со сложностью локализации и высоким риском развития блокады (приточный отдел ПЖ и область АВ-соединения) была выполнена криоабляция, у 2 пациентов — с положительным эффектом. У больных с локализацией желудочковой экстрасистолии в трабекулярном отделе ЛЖ катетерная абляция оказалась неэффективной. Среди осложнений в 1 случае развился интраоперационный гемоперикард. Повторные процедуры выполнены 9 пациентам, в 8 случаях — с положительным эффектом.

Выводы: Катетерная абляция желудочковых нарушений ритма является эффективным и относительно безопасным методом лечения желудочковых аритмий. Эффективность катетерной абляции у пациентов с органической патологией сердца ниже. Применение криоабляции у больных со сложной локализацией желудочковой аритмии позволяет повысить эффективность и безопасность процедуры.

0755

ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ФРАКЦИЮ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Христиченко М.А., Ватутин Н.Т., Кетинг Е.В., Адаричев В.В.

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

Цель: оценить влияние буспирона гидрохлорида на фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Методы исследования. В исследование включены 102 пациента (65 мужчин и 37 женщины, средний возраст 67,4±9,5 года) с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA, которым в связи с выявленными тревожно-депрессивными расстройствами был назначен буспирона гидрохлорид в дозе 10 мг 3 раза в день. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II-III ФК, 67 из них (65,7%) перенесли инфаркт миокарда. Обследованные получали стандартную терапию ХСН и ишемической болезни сердца. Перед началом исследования пациенты подписали информированное согласие. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие другие психотропные препараты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания.

Исходно и через 3 месяца приема буспирона гидрохлорида выполнялась эхокардиография на аппарате «ACUSON 128XP/10» с определением ФВ ЛЖ по Simpson.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0. Данные представлялись в виде среднее ± стандартное отклонение. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Исходно ФВ ЛЖ составила в среднем 46,17±7,05 %, 39,07±4,48 % и 28,07±5,13 % для пациентов со II, III и IV ФК ХСН, соответственно. При повторном обследовании показатели ФВ ЛЖ были сопоставимы с исходными и составили 45,98±6,24 %, 40,65±5,77 % и 29,50±7,22 %, соответственно ($p>0,05$).

Таким образом, прием буспирона гидрохлорида не приводил к изменениям данного показателя сократительной способности миокарда у пациентов с различным ФК ХСН.

Выводы. Буспирона гидрохлорид не влияет на ФВ ЛЖ у пациентов с ХСН ишемической этиологии.

0756

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПИОИДЕРГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА КАРДИОПРОТЕКТОРНОГО ЭФФЕКТА АДАПТАЦИИ К ХРОНИЧЕСКОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Цибульников С.Ю.

Лаборатория экспериментальной кардиологии, НИИ Кардиологии, Томск, Россия

Цель исследования: оценка участия μ-, δ-, κ-опиоидных рецепторов (ОР), в формировании повышенной устойчивости миокарда к повреждающему действию острой ишемии и реперфузии при адаптации к хронической нормобарической гипоксии.

Эксперименты выполнены на крысах линии Вистар, у которых моделировали ишемию (20 минут) путем перевязки левой нисходящей коронарной артерии с последующей 180-минутной реперфузией. Адаптация к хронической нормобарической гипоксии осуществлялась путем постоянной экспозиции животных экспериментальной группы в гипоксической камере при 12% O2 и нормальном атмосферном давлении в течение 21 дня.

В результате ишемии-реперфузии формировался некроз миокарда, размер которого составлял 56,5% от зоны гипоперфузии. У крыс адаптированных к нормобарической гипоксии размер инфаркта оказался меньше в среднем на 36% по сравнению с контрольными животными. Предварительная блокада ОР при помощи неселективного блокатора налтрексона в дозе 0,5 мг/кг предупреждала развитие кардиопротекторного эффекта адаптации. Блокада ОР неселективным антагонистом, не проникающим через ГЭБ, налоксона метиодидом в дозе 5 мг/кг, у адаптированных животных так же способствовала устранению инфаркт-лимитирующего эффекта адаптации. При ингибировании μ-ОР при помощи внутривенного введения CTAP (0,1 мг/кг) размер зоны некроза был достоверно больше, чем у адаптированных крыс. Блокада κ-ОР (норбиналторфимин в дозе 9 мг/кг) не влияла на кардиопротекторный эффект адаптации. Ингибирование κ-рецепторов с помощью TIPP(ψ) в дозе 0,5 мг/кг полностью устраняла кардиопротекторный эффект адаптации к хронической нормобарической гипоксии. Известно, что δ-ОР подразделяются на два субтипа: δ_1-ОР и δ_2-ОР. После блокады δ_1-ОР селективным антагонистом BNTX в дозе 0,7 мг/кг, размер зоны некроза относительно показаний адаптированных животных не изменялся. В то время как «фармакологическое выключение» δ_2-ОР селективным блокатором налтрибеном в дозе 0,3 мг/кг нивелировало инфаркт-лимитирующий эффект адаптации к гипоксии. На основании полученных данных мы можем сделать вывод о том, что опиоидная система играет важную роль в повышении устойчивости миокарда к действию ишемии-реперфузии при адаптации к хронической нормобарической гипоксии. При этом эффект опосредуется через активацию периферических μ- и δ_2-ОР.

0757

СВЯЗЬ МАССЫ ТЕЛА С ОСОБЕННОСТЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цыпленкова Н.С., Панова Е.И.; ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», ГБОУ ВПО НижГМА МЗ и СР РФ, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить частоту и характер нарушений ритма у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от массы тела, наличия стенокардии и метаболического синдрома (МС).

Методы исследования: в исследование включено 91 мужчина — служащих полиции Нижнего Новгорода с АГ в возрасте от 25 до 64 лет, средний возраст — 44,4±1,0 лет. 54 чел. страдали ожирением (ОЖ) 1-3 степени (I группа), при этом у 37 чел. диагностирован метаболический синдром (МС); избыточная масса тела (МТ) наблюдалась у 28 чел. (II группа), 9 пациентов имели нормальную МТ (III группа). Для диагностики МС были использованы критерии Adult Treatment Panel III 2001г., (ATP III). Обследование пациентов включило лабораторные методики (гликемия натощак, липидограмма, инструментальные (ЭКГ покоя и холтеровское мониторирование — ЭКГ-МТ, ЭХОКГ). При проведении ЭКГ-МТ статистической общепринятой «нормой» экстрасистол

являлись до 200 наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ) и до 200 желудочковых экстрасистол в сутки. Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты: сравнение нарушений ритма сердца в трех группах пациентов позволило выявить ряд особенностей при наличии ОЖ. Так, только в I группе выявлена постоянная фибрилляция предсердий (ФП) у 9,3% больных, пароксизмальная ФП у 15,8%. Частые суправентрикулярные экстрасистолы (СЭ) также преобладали в основной группе — 8,2% и II-3,6%, III-0%; равно как и парные СЭ: I группа — 44,9%, II-25%, III-33%. Не наблюдается связи ОЖ с желудочковыми нарушениями ритма. Нарушения проводимости, исключительно в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса (3 чел.), были только у лиц с ОЖ. Выявлена закономерность увеличения частоты аритмий при МС у лиц с ОЖ: вероятность наличия постоянной или пароксизмальной фибрилляции-трепетания предсердий была очень высокой — 32,2%, в то время как у обследуемых без МС эти нарушения ритма не выявлялись ($p\chi^2$=0,042).

Стенокардия, как показал анализ, ассоциируется с увеличением частоты некоторых аритмий как при наличии, так и при отсутствии ОЖ. Так, частая СЭ регистрировались у 16,7% обследованных без ОЖ и 21,5%-с ОЖ, парная СЭ выявлена у 50% пациентов без ОЖ и у 57,1% с ОЖ. В то же время только у пациентов с ОЖ наблюдается нарастание частоты фибрилляции-трепетания предсердий на фоне стенокардии: постоянная ФП при ОЖ выявилась у 14,3% больных, пароксизмальная ФП — у 27,3% пациентов с ОЖ, в отсутствии ОЖ — 0%.

Выводы. Наличие ожирения у мужчин с АГ увеличивает частоту аритмий, чаще суправентрикулярных, протекающих в основном по типу фибрилляции-трепетания предсердий. В качестве фактора, ассоциированного с большей частотой аритмий при ОЖ, нами выявлено наличие МС. Коронарная недостаточность (стенокардия) увеличивает частоту нарушений ритма при АГ как при наличии, так и при отсутствии ОЖ, однако эта закономерность, по нашим данным, не касается таких аритмий, как ФП-ТП, которые выявлялись только у пациентов с ожирением.

0758

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КАБИНЕТЕ ТЕРАПЕВТА

Чевычелов С. С.

Тирасполь, Республика Молдова

Цель работы: разработать достаточно точный и экономичный способ скрининга сердечно-сосудистых заболеваний в условиях амбулаторного приема.

Материал и методы. Обследовано 500 пациентов (326 женщин, 174 мужчин, средний возраст 56±4,26 лет) без признаков и с признаками сердечно-сосудистой патологии (ИБС, артериальная гипертензия, врожденные и приобретенные пороки сердца, атеросклероз периферических артерий). Для доврачебного опроса использовался «Вопросник Лондонской школы гигиены сердечно-сосудистых заболеваний». У каждого пациента определялись липиды (общий холестерин, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, триглицериды, коэффициент общий холестерин/ЛПВП) и глюкоза крови с помощью биохимического экспресс-анализатора «Cardiochek P*A» (США). ЭКГ регистрировали на электрокардиографе Smart3BM (Китай) с автоматическим анализом ЭКГ. Затем врач измерял АД и проводил секторальное сканирование и цветное доплеровское картирование сердца, аорты и периферических артерий с помощью прибора Vscan (США). У пациентов без признаков атеросклероза риск фатальных цереброваскулярных осложнений в последующие 10 лет оценивался посредством шкалы SCORE.

Результаты. Был выбран и опробован следующий вариант обследования. В приемной (небольшая отдельная комната, два кресла, столик и вешалка для верхней одежды) медсестра опрашивает пациента по «Вопроснику...». Время от прихода пациента до получения заключения по анкете составляет от 3-х до 10 минут. Затем эта же медсестра в другом кабинете (небольшое помещение, отгороженное от кабинета врача ширмой: кушетка, встроенный шкаф, стул) регистрирует ЭКГ и определяет содержание липидов и глюкозы в крови. Регистрация ЭКГ занимает 3-5 минут, а анализ крови от прокола пальца до печати результатов — до 3-х минут. УЗИ исследование продолжалось от 2 до 5 минут. Доплеровское цветное картирование позволяет определить атеросклероз артерий в начальной доклинической стадии. Общая продолжительность исследования одного пациента составляла от 10 до 20 минут, в среднем 12±2,5 мин.

Выводы. В данном сообщении отражен только первый этап исследования, целью которого было: выбор методов исследования и приборов, расчет необходимых затрат, временных интервалов работы и минимального размера кабинетов и штата. Обладая сопоставимыми стоимостью, штатом и продолжительностью обсле-

дования по сравнению с кардиоскринингом Центра Здоровья (РФ), предлагаемая нами система сравнима с ним, а в плане визуализации превосходит его по точности и достоверности диагностики атеросклеротических поражений сердца и сосудов. Наше исследование показало, что предлагаемая система стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний может применяться как в структуре поликлинического отделения профилактики, так и в работе кабинета врача общей практики или врача кардиолога.

0759

ИБС У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: АНАЛИЗ КОРОНАРОГРАММ И ЧРЕСКОЖНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Черепанова В.В., Миролюбова О.А.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»,Архангельск

Цель. Оценить относительную частоту выполнения коронарной ангиографии (КАГ) у молодых женщин до 55 лет, характер поражения коронарного русла и соотношение плановых и срочных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Методы исследования. В анализ включены протоколы 441 КАГ и ЧКВ, выполненых в 2008 г. в МУЗ «Первая городская клиническая больница» г. Архангельска (сплошная выборка) и 40 женщин, возраст 48,7±5,1 г, которым выполнена КАГ в 2012 г. Математический анализ выполнен с использованием SPSS версия 17.0. Данные представлены как среднее ±SD.

Результаты: Общее количество КАГ и интервенционных коронарных вмешательств за 2008 г. составило 441 исследование, из них 110 (24,9%) процедур было выполнено у женщин и 331 (75,1%) — у мужчин. Средний возраст женщин составил 63,5±10,5 лет и превышал средний возраст мужчин (55,6±8,3 лет) на 7,9 лет (95% ДИ: 5,7-10,1; p<0,001). При анализе распределения женщин по возрасту из 110 пациенток 25 (22,7%) были в возрасте до 55 (включительно) самой молодой из них было 38 лет, до 50 лет оказалось 5 женщин, что составило 4,5% от общего числа обследованных женщин. Для сравнения мужчин было в 3 раза больше, чем женщин, 172 пациента имели возраст до 55 лет (включительно), что составило 52,0%. Частота выполнения КАГ у женщин в возрасте до 55 лет к числу всех исследований в течение года составила 5,7%. Плановые коронарные ангиопластики среди общего количества ЧКВ составили 167 (37,9%), соответственно 274 (62,1%) ангиопластики были выполнены по срочным показаниям. Представляет интерес вид ЧКВ у молодых женщин в сравнении с пожилыми. Из 25 молодых женщин примерно поровну распределились плановые 13 (52%) и срочные ЧКВ — 12 (48%), тогда как у пожилых женщин преобладали срочные ЧКВ — 67 (78,8%). Различие достоверно (χ^2=9,07; p=0,003). В целом, женщинам коронарная ангиопластика по срочным показаниям выполнялась в большем проценте случаев чем мужчинам, 71,8% против 58,9% (χ^2=5,85; p=0,016).

Из 40 женщин, которым КАГ была выполнена в 2012 г., срочных было 11 (27,5%) случаев и 29 (72,5%) — плановых. Несмотря на молодой возраст — 18 женщин (45%) перенесли инфаркт миокарда (ИМ). Нормальные коронарные артерии (КА) были у 13 женщин (32,5%), из них одна перенесла ИМ 2 типа. Значимого поражение ствола левой КА выявлено не было. У 4 женщин (10%) выявлен миокардиальный мостик ПМЖА. Поражение ПМЖА имелось у 19 пациенток (47,5%), с такой же частотой наблюдалось поражение правой КА и у 16 женщин (40%) — поражение огибающей КА и ветви тупого края. Всего выявлено 47 стенозов, из них 16 (34%) — 75-99% и 10 окклюзий. Поражение трех КА со значимыми стенозами имело место у 6 молодых женщин (15%).

Выводы. Частота выполнения КАГ у женщин до 55 лет от числа всех исследований составила 5,7%, от числа исследований, выполненных женщинам — 22,7%. В этой возрастной группе одинаково часто выполнялись как плановые, так и срочные ЧКВ. У 32,5% женщин не было поражения КА при анализе КАГ, тяжелое поражение 3-х КА имело место у 15% молодых пациенток. Из 57 выявленных поражений КА было 10 случаев окклюзий и 16 — стенозов более 75%.

0760

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ СЛУЖБ ПРИ МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Черкашина А.Л., Фомина Н.А., Агапитов А.Е., Удельнова Н.В.

ГБУЗ ИОКБ, Иркутск, Россия

По данным мониторинга артериальной гипертонии (АГ) в РФ отмечено, что эпидемическая ситуация с АГ в РФ соответствует общемировым тенденциям, главным образом, тенденциям в европейских странах, и характеризуется высокой распространенностью АГ. Система динамического контроля за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией у взрослого населения, начиналась как часть Федеральной целевой программой «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ (2002–2008 гг.)» и разработана как метод контроля её реализации. Несмотря на окончание сроков реализации программы, мониторинг больных с артериальной гипертонией в Иркутской области продолжается.

Цель исследования: определение количества больных с АГ, «выпадающих» из мониторинга АГ при передаче из детской во взрослую сеть ЛПУ.

Методы: статистический, аналитический.

Результаты. На территории Иркутской области более 5 лет функционирует единая система мониторинга больных артериальной гипертонией среди населения в возрасте от 0 до 70 лет. Она включает в себя мониторинг АГ, регламентируемый приказом МЗ и СР РФ № 440 «О разработке системы мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией среди населения 19–64 лет» от 16.09.2003 г., и базу данных «Регистр детей с АГ». Данный регистр детей с АГ создан и ведется с 2007 г. на базе Клиники НЦ ПЗСРЧ СО РАМН (г. Иркутск) в тесном сотрудничестве с муниципальными детскими учреждениями города. Важно отметить, что регистр дает возможность устанавливать перечень детей с АГ при достижении ими 18 лет, подлежащих переводу под наблюдение во взрослую сеть ЛПУ и включению в систему мониторинга артериальной гипертонии взрослого населения. Нами было выявлено, что в результате передачи данных о пациентах с АГ из «детского» мониторинга во «взрослый», существует проблема «выпадения» части людей из учета и, как следствие, из системы профилактических мероприятий.

Так, из пациентов 1990 года рождения во взрослую сеть попали 33,3 %, из пациентов 1991 — 21,6 %, из 1992 — 8,6 %, из 1993 — 15,3 %, в течение последнего года из пациентов 1994 года рождения уже поступили во взрослую сеть мониторинга 5,4 % больных с АГ. Достаточно высокий процент среди больных 1990 г. связан с началом работы регистра АГ детского населения и, как следствие, недостаточным уровнем регистрации, затем наблюдается снижение данного показателя до 8,6 %, так как нарастает количество зарегистрированных детей с АГ. Но, исходя из динамики за 5 лет, видна необходимость в повышении данного показателя, что позволит проводить динамическое наблюдение, снизить долю осложнений, повысить качество жизни пациентов с АГ.

Выводы. Для решения данной проблемы требуется проведение мероприятий по усилению межведомственного взаимодействия медицинских работников, служб, осуществляющих мониторинги, системы образования. Кроме того, необходима работа с пациентами по повышению уровня информированности по проблеме АГ и усилению мотивации к лечебно-профилактическим мероприятиям.

0761

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ

Чернова А. А., Никулина С. Ю., Третьякова С. С., Малюткина И. И.

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

Цель. Изучить прогностическую ценность использования метода логистической регрессии в ранней диагностике нарушений сердечной проводимости.

Методы исследования. Для прогнозирования возникновения АВБ использовался метод множественного логистического регрессионного анализа. Факт наличия АВБ представлен в виде бинарной переменной, где 0 — отсутствие НСП, 1 — присутствие НСП.Среди исследуемых пациентов в качестве возможных предикторов оценивались следующие категориальные и количественные переменные: семья, подгруппа (по отношению к пробанду: родственники пробандов с АВБ), пол, возраст, возрастные группы (0-19 лет; 20-29 лет; 30-39 лет;

40-49 лет; 50-59 лет; 60-69 лет; более 70 лет), пол пробанда, степень родства, конкордантность/дискордантность патологии, диагноз, ген ADRA2B, ген NOS3, ген BAR, ген SP4, ген Cx 40, ген SCN5A, АВБ. Математически модель логистической регрессии выражает зависимость логарифма шанса (логита) от линейной комбинации факторных переменных: где, p — вероятность прогнозируемого события, e — математическая константа 2,72, b0 –константа модели, b1 — коэффициент при предикторной переменной x1, показывающий изменение логарифмических шансов, вызванное единичным изменением независимых переменных. Предикторы, включенные в уравнения, прошли проверку на коллинеарность и автокорреляцию.

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 x_1 + \ldots)}}$$

Полученные результаты. Для прогнозирования вероятности возникновения АВБ получена логистическая регрессионная модель, выраженная следующим уравнением:

где p — вероятность возникновения АВБ

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \frac{1}{1 + e^{-(2{,}97 - 0{,}5x_1 - 1{,}05x_2 + 1{,}5x_3 - 1{,}2x_4 + 1{,}04x_5)}}$$

x1 — подгруппа (b1 = –0,5),
x2 — конкордантность/дискордантность патологии (b2 = –1,05),
x3 — ген SCN5A (b3 = 1,5),
x4– ген ADRA2B, гетерозиготный генотип ID (b4 = –1,2),
x5 — ген ADRA2B, гомозиготный мутантный генотип DD (b5 = 1,04)
константа b0 = 2,97.

Выводы. Доля вероятности возникновения АВБ, сложившаяся под влиянием вышеуказанных признаков, составила 39,0%. %. Резюмируя, можно подчеркнуть, что логистическая регрессионная модель прогнозирования НСП является дополнительным математическим методом прогноза для оценки возникновения нарушений сердечной проводимости в семьях. В практическом плане важно, что родственники больных с нарушениями сердечной проводимости являются истинно угрожаемыми в отношении развития нарушений сердечной проводимости.

0762

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ СЦИНТИГРАФИЯ С 123I-ФМПДК В ПРОГНОЗЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Чернов В.И., Минин С.М., Гуля М.О., Саушкина Ю.В., Ефимова И.Ю., Лебедев Д.И., Лишманов Ю.Б.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить возможности метаболической сцинтиграфии в определении прогноза кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) у пациентов с дилатационной кардиомиопатией.

Материалы и методы: В исследование включено 27 пациентов в возрасте 32 до 62 лет (средний возраст 55,4±8,3 лет) с дилатационной кардиомиопатией, сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по NYHA и полной блокадой левой ножки пучка Гиса. Всем пациентам до КРТ была выполнена однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) с 123I-йодфенилметилпентадекановой кислотой (123I-ФМПДК) для изучения метаболизма миокарда. До и через 12 месяцев после КРТ проводили ОЭКТ с 99mTc-технетрилом в покое для оценки миокардиальной перфузии и равновесную томовентрикулографию (РТВГ) для определения контрактильной функции желудочков сердца.

Результаты: По результатам РТВГ после КРТ все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа — 6 человек, у которых фракция выброса (ФВЛЖ) не изменилась или уменьшилась, 2 группа — 11 пациентов, у которых ФВЛЖ увеличилась на 4-10 абсолютных % и 3 группа — 10 больных, у которых ФВЛЖ увеличилась более чем на 10 абсолютных %. До КРТ группы не различались по показателям контрактильной функции желудочков сердца и миокардиальной перфузии. По данным ОЭКТ с 123I-ФМПДК величина дефекта накопления жирной кислоты была значимо выше в 1-й группе по сравнению с 3-й группой (22±8,12 и 13,73±4,1 соответственно, p=0,041).

После СРТ у пациентов всех групп наблюдалась положительная динамика сердечной недостаточности,

функциональный класс которого уменьшился минимум на 1 единицу. Кроме того, после СРТ во 2 и 3 группах отмечалось статистически значимое увеличение ФВЛЖ, ударного объема левого желудочка, уменьшение межжелудочковой и левожелудочковой диссинхронии. У пациентов 3 группы после СРТ имело место снижение размеров конечносистолического (с 197±52 до 107±46, p=0,001) и конечнодиастолического (с 251±58 до 183±76, p=0,01) объемов левого желудочка, а так же улучшение функции правого желудочка и уменьшение размеров дефектов перфузии (с 13,64±3,47 до 4,09±3,65, p=0,001).

Выводы: У трети пациентов с дилатационной кардиомиопатией через год после начала СРТ наблюдается значительное улучшение функции левого желудочка и его перфузии. Предиктором такого положительного ответа является отсутствие обширных дефектов метаболизма жирных кислот в миокарде.

0763

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Черных В.Е., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель: сравнить изменения основных показателей суточного профиля артериального давления (СПАД) у женщин с неконтролируемой артериальной гипертонией (НКАГ) в ранний и поздний периоды постменопаузы.

Материалы и методы: В исследование включены 65 женщин в менопаузе с НКАГ (артериальное давление (АД) ≥ 140/90 мм рт.ст. на фоне комбинированной антигипертензивной терапии), средний возраст 56,1±5,4 лет. Пациентки были распределены в две группы: 1 группа (n=35) — с длительностью постменопаузы до 5 лет (ранняя); 2 группа (n=30) –более 5 лет (поздняя).

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты: В 1 группе женщин по результатам СМАД средние систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД) в дневные часы составили 167,2±5,3 мм рт. ст. и 91,2±4,4 мм рт. ст., в ночные часы — 150,1±7,2 мм рт.ст. и 74,1±7,3 мм рт.ст. соответственно. Вариабельность САД и ДАД днем у женщин в ранней постменопаузе превышала нормальные значения — 17,4±2,1 мм рт.ст. и 15,1±1,1мм рт.ст., ночные значения вариабельности САД и ДАД соответствовали нормальным — 6,1±3,2мм рт.ст. и 8,3±3,1мм рт.ст.. В данной группе у подавляющего числа женщин (77%) имел место СПАД «dipper»; у 3 пациентов (8%) регистрировался профиль «non-dipper», у 5 (15%) — «night-piker».

Во 2 группе пациенток в дневное время показатели среднего САД составили 182,3±4,1 мм рт.ст., среднего ДАД — 100,1±10,2мм рт.ст., что достоверно (p< 0,05) превышало показатели больных первой группы. В ночное время среднее САД составило 165,4±6,5мм рт.ст., среднее ДАД- 92,7±3,2мм рт.ст., что также статистически значимо (p<0,05) превышало показатели 1 группы. В дневные часы зарегистрирована вариабельность САД — 19,4±0,5мм рт.ст., ДАД-17,1±2,5мм рт.ст., в ночные — САД-17,2±1,4мм рт.ст., ДАД-10,1±1,5мм рт.ст.. Различия вариабельности САД и ДАД между двумя группами как днем, так и ночью были достоверны (p<0,05). В поздней постменопаузе у 19 (64%) пациенток регистрировался профиль «night-piker», у 7 (23%) — «over-dipper», у 4 (13%) — «non-dipper» и отсутствовал нормальный профиль («dipper»).

Выводы: 1. В обеих группах обследованных женщин наблюдалась высокая вариабельность САД и ДАД в дневное время. 2. В поздней постменопаузе имели место достоверно более значимые патологические изменения СПАД. 3. В ранней постменопаузе у большинства женщин диагностировался нормальный суточный профиль АД «dipper», тогда как в поздней постменопаузе у всех пациенток определялись разные патологические типы СПАД.

0764

ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Чернышева Е.Н. , Панова Т.Н., Кадыкова А.В.

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Астрахань

Цель. Оценить влияние эндогенных и экзогенных факторов на развитие преждевременного старения у пациентов с метаболическим синдромом.

Методы исследования. В исследование вошли 270 больных с метаболическим синдромом (МС) в возрасте о 30 до 60 лет — 48,0 (42,0; 53,0) лет, из них 162 мужчины и 108 женщины. Диагностика МС была основана на критериях, представленных в рекомендациях экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению МС (2009г.). Группу контроля составили 70 человек, сопоставимые по возрасту 47,0 (40,0; 52,0) лет и полу (40 мужчин и 30 женщин) с больными без признаков МС. С помощью метода максимума правдоподобия определялась вероятность появления признака в опытной и контрольной группе по формуле: p =m/N, где p — данная вероятность; m — количество признака (в данном случае — количество лиц в группе в зависимости от различных факторов и их градаций); N — общее количество обследованных. Удельный вес признака представляет собой отношение ln (pконтроль/pопыт). С учетом максимума правдоподобия можно определить для каждого обследованного итоговый индекс Z — это сумма удельных весовых коэффициентов. Если Z ≥ 0, то индивидуум не относится к группе риска и вероятность возникновения преждевременного старения низкая, если Z ‹ 0, то обследуемый относится к группе высокого риска.

Полученные результаты. При МС курят табак 141 пациент (52,2%), алкоголем злоупотребляют 104 (37%) человека, фактор переедания встречается у 83,3% (225 пациентов), гиподинамия у 81,4% (220человек), наличие родственников долгожителей (прожили более 90 лет) второго — третьего кровного родства, прослеженных в одном поколении у 41 (15,2%), наличие наследственного фактора по ожирению при МС встречается у 173 (64,1%). Контрольная группа: курят 39 (55,7%) человек, алкоголем злоупотребляют 12 (17,1%) человек, перегрузка калориями — 14 (20%) человек, гиподинамия — 19 (27%), родственники долгожители у 27 (38,6%), отягощенная наследственность по ожирению в 13% (9 человек). С помощью метода максимума правдоподобия проведено определение вероятности появления преждевременного старения в зависимости от различных факторов: удельный вес курения = 0,07, злоупотребления алкоголем = –0,7, гиподинамии = –0,9, перегрузки калориями = –1,4, родственников-долгожителей = 0,96, фактора наследственности по ожирению = –1,5.

С учетом максимума правдоподобия итоговый индекс Z = — 3,47. Это позволяет быстро и эффективно выделить группу риска по развитию преждевременного старения.

Выводы: При подсчете воздействия эндогенных и экзогенных факторов на развитие преждевременного старения у пациентов с метаболическим синдромом итоговый индекс Z = — 3,47 (группа высокого риска по возникновению преждевременного старения).

0765

ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДОЛИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чернышева Е.Н. , Панова Т.Н.

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Астрахань

Цель. Изучить этиологическую долю относительного риска от воздействия внешних и внутренних факторов на процесс преждевременного старения при метаболическом синдроме (МС).

Методы исследования. В исследование вошли 270 больных с метаболическим синдромом (МС) в возрасте о 30 до 60 лет — 48,0 (42,0; 53,0) лет, из них 162 мужчины и 108 женщины. Диагностика МС была основана на критериях, представленных в рекомендациях экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению МС (2009г.). Группу контроля составили 70 человек, сопоставимые по возрасту и полу с

больными без признаков МС. Проводили анкетирование с указанием персональных данных, вредных привычек, наличие родственников долгожителей и т.д. Проведено определение этиологической доли относительного риска (EF) по формуле: EF= [RR — 1/RR] x 100; где RR — отношение распространенности преждевременного старения среди лиц, повергшихся действию определенного фактор при МС, к распространенности среди лиц без этого фактора. Если значение менее 33%, то риск развития преждевременного старения минимален, если в пределах от 33 до 50% — средний, 51-66% — высокий и в пределах 67-80% очень высокий.

Полученные результаты. Внешние факторы — вредные привычки: курение — 141 (52,2%) пациент, злоупотребление алкоголем 104 (37%) человека; нарушение образа жизни: перегрузка организма калориями у 83,3% (225 пациентов), малоподвижный образ жизни 220 (81,4%) человек. Внутренние факторы — наличие родственников долгожителей второго — третьего кровного родства, прослеженных в одном поколении у 41(15,2%), наличие наследственного фактора по ожирению при МС встречается у 173 (64,1%). Контрольная группа: курят 39 (55,7%) человек, алкоголем злоупотребляют 12 (17,1%) человек, перегрузка калориями — 14 (20%) человек, гиподинамия — 19 (27%), родственники долгожители у 27 (38,6%), отягощенная наследственность по ожирению в 13% (9 человек).

Доля относительного риска развития преждевременного старения под влиянием курения у пациентов с МС: EF= [1,09 — 1/1,09] x 100 = 19%, гиподинамии EF= [4,4 — 1/ 4,4] x 100 = 77%, переедания EF= [5 — 1/5] x 100 = 80%, Доля относительного риска преждевременного старения в зависимости от отягощенной наследственности по ожирению — EF= [1,78 — 1/1,78] x 100 = 44%; наличие родственников долгожителей снижает риск развития преждевременного старения у пациентов с МС.

Выводы. Доля относительного риска развития преждевременного старения высока у пациентов с метаболическим синдромом при нарушении образа жизни (гиподинамия — 77%, увеличение калорийности пищи — 80%) и отягощенной наследственности по ожирению — 44%.

0766

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ ПОСТПРАНДИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Черняк А.Я., Петров И.М., Шоломов И.Ф.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень

Цель:изучить динамику постпрандиальных нарушений метаболических параметров у больных с метаболическим синдромом в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена и оценить возможности коррекции данных нарушений назначением акарбозы.

Методы исследования. Объектом настоящего исследования являлись 114 больных с МС, из которых у 59 пациентов ранних нарушений углеводного обмена не отмечалось, и у 55 обследованных МС сочетался с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ). Отбор пациентов проводился по результатам профилактических осмотров (ООО «Газпром переработка»), средний возраст пациентов составил 45,6±5,8 лет, доля мужчин — 73,2% и женщин — 36,8%.

После рандомизации методом случайной выборки пациенты с нарушенной толерантностью к глюкозе были разделены на группы: 1-ая группа — 28 пациентов, находилась на сбалансированной, умеренно гипокалорийной диете. Пациенты 2-ой группы — 27 человек, кроме вышеописанных рекомендаций по изменению образа жизни получали акарбозу («Глюкобай», фирма «Bayer») в суточной дозе 300 мг, по 100 мг 3 раза в день с основными приемами пищи в течение 3-х месяцев с момента достижения рекомендуемой дозы.

Полученные результаты. При сравнительном анализе постпрандиальных изменений метаболических параметров после 12 недель наблюдения, в зависимости от схемы проведенного вмешательства установлено, что значимых различий между группами пациентов с МС в сочетании с НТГ получавших немедикаментозное лечение, относительно группы пациентов с дополнительным использованием акарбозы по динамике параметров липидного обмена не регистрировалось. Концентрация ХС в первой группе возросла на 6,5%, ЛПВП снизился на 0,8%, содержание ТГ увеличилось на 29,4% и КА на 9,3%. В группе получавшей акарбозу рост аналогичных параметров составил 4,4%, 0,8%, 25,2% и 4,5% соответственно. На фоне этого, концентрация глюкозы и инсулина у пациентов 1-ой группы возросла на 44,4% и 24,4%, тогда как во 2-ой группе рост данных параметров составил 24,1% и 14,4%.

Параллельно с этим отмечено, что через 4 часа после проведения однократной пищевой нагрузки у боль-

ных с МС в сочетании с НТГ получавших акарбозу регистрировалось возрастание среднего СРБ на 19,9% и ИЛ-6 на 25,1%, тогда как у пациентов первой группы рост данных параметров составил 36,6% и 41,7% соответственно (p1-2<0,05). По содержанию ФНО-α различий получено не было, содержание данного цитокина увеличилось примерно на 20%. При определении динамики постпрандиальных изменений прироста диаметра плечевой артерии, установлено, что у пациентов 1-ой группы прирост диаметра плечевой артерии снизился на 31,1%, тогда как у пациентов 2-ой группы только на 18,9%.

Выводы. Назначение акарбозы 300 мг/сут на протяжении 12 недель больным с нарушением толерантности к глюкозе характеризуется менее выраженным ростом инсулинорезистентности, концентрации маркеров воспаления (СРБ и ИЛ-6), на фоне меньшего снижения поток-зависимойвазодилятации, не влияя на динамику параметров липидного обмена.

0767

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ С ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

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

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень

Цель. Изучить состояние липидного обмена у больных с ожирением в зависимости от стадии фиброза печени, по результатам эластометрии.

Методы исследования. В работе использованы данные, полученные в результате обследования 129 больных с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом, обратившихся к эндокринологу в многопрофильную клинику ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава РФ и/или ГАУЗ ТО «Консультативно-диагностический центр» в 2010-2012 году. Критерии включения: 1-я группа — пациенты с абдоминальным ожирением (АО — n=35); 2 группа — пациенты с МС (n=33); 3-я группа — пациенты с МС в сочетании с РНУО (n=30) –4-я группа пациенты с МС и впервые выявленным СД 2 типа (n=31). Среди обследованных мужчин 32,6% и женщин — 67,4%.

Полученные результаты. Сравнительный анализ параметров липидного профиля показал, что у пациентов с АО и МС отмечен статистически значимо более высокий уровень ОХС (p<0,05), относительно группы практически здоровых лиц. Схожая тенденция отмечена и при сравнении содержания ЛПНП, уровень которых значимо выше аналогичных параметров контрольной группы. При этом максимальное содержание ЛПНП отмечено у больных с впервые выявленным СД 2 типа — 3,9 (3,6-4,4), что выше и группы пациентов с АО (p1-4<0,05). Коэффициент атерогенности составил у больных с АО — 3,21 (3,0-3,47), при наличии МС — 4,20 (3,9-4,56; p1-2<0,05), у больных с МС в сочетании с РНУО — 4,0 (3,74-4,41; p1-2<0,05) и в группе с впервые выявленным СД 2 типа — 4,58 (4,32-5,00; p1-4<0,05, p2-4<0,05, p3-4<0,05). Учитывая отсутствие различий в возрасте и степени выраженности ожирения в группах пациентов с МС, превалирование атерогенных сдвигов у больных с РНУО и СД 2 типа, скорее всего, связано с большей выраженность ИР, так как именно ИР является ключевым фактором ассоциирующимся с выраженность метаболических сдвигов.

Исследование концентрации таких интегральных параметров липидного профиля, как коэффициент атерогенности и соотношенияАпоВ/АпоА1, а также концентрации ТГ в зависимости от стадии НАЖБП, позволяет сделать заключение, что в группе больных с НАСГ наблюдается более высокая концентрация ТГ, а также значимо более сильные сдвиги липидного профиля в сторону роста его атерогенности, относительно пациентов с ЖГ. Однако, причина выявленных особенностей липидного профиля, скорее всего, связана с тем, что НАСГ чаще регистрировался у больных с НУО, составляя почти 50% в группе с впервые выявленным СД 2 типа.Сравнительный анализ параметров липидного профиля в зависимости от выраженности фиброза в ткани печени по результатам эластометрии статистически значимых различий между группами не показал.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии взаимосвязи степени выраженности нарушений липидного профиля со степенью фиброзирования печени. Однако при наличии выраженных изменений, соответствующих стадии F-3-F4 по классификации «METAVIR» наблюдается отчетливая тенденция к некоторому уменьшению концентрации ОХС и ТГ, тогда как статистически не значимо (p>0,05) максимально выраженные изменения отмечены у больных с портальным фиброзом в сочетании с единичными септами (F2).

0768

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ

Чеснокова Л.В., Петрова Ю.А., Трошина И.А.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень

Цель. На основании результатов эластометрии провести оценку выраженности фиброза печени у больных с ожирением и метаболическим синдромом

Методы исследования. В работе использованы данные, полученные в результате обследования 129 больных с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом, обратившихся к эндокринологу в многопрофильную клинику ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава РФ и/или ГАУЗ ТО «Консультативно-диагностический центр» в 2010-2012 году. Критерии включения: 1 группа — пациенты с абдоминальным ожирением (АО — n=35); 2 группа — пациенты с МС (n=33); 3-я группа — пациенты с МС в сочетании с РНУО (n=30) –4-я группа пациенты с МС и впервые вы-явленным СД 2 типа (n=31). Среди обследованных мужчин 32,6% и женщин — 67,4%, медиана и интерквартильный размах возраста у пациентов 1-ой группы составила 37 (31-43) лет, у пациентов 2-ой группы 43 (37,5-46) года, у больных с РНУО — 47,5 (42-49) лет и в группе с МС в сочетании с впервые выявленным СД 2 типа — 49 (46-54) лет.

Полученные результаты. Установлено, что у 53,5% (69/129) регистрировалось отсутствие изменений свидетельствующих о наличии фиброза. Доля таких пациентов в группе с ожирением составила 71,4% (25/35), в группе больных с метаболическим синдромом — 60,6% (20/33), при наличии РНУО — 46,7% (14/30) и в группе больных с МС и впервые выявленным СД 2 типа менее одной трети — 32,2% (10/31).Портальный фиброз безсепт зарегистрирован у 24,8% (32/129) больных, и их количество по группам практически не менялось, составляя 25,7% (9/35) в 1-й группе, 21,2% (7/33) у пациентов 2-й группы, 23,3% (7/30) у больных с РНУО и 29,0% (9/31) в 4-й группе.

Портальный фиброз в сочетании с единичными септами, что по системе «METAVIR» соответствует стадии F2, зафиксирован у 12,4% (16/129) пациентов. Сравнительный анализ данного параметра по группам показал, что количество больных с F2 у пациентов 1-й группы составило 2,9% (1/35), во 2-й группе — 12,1% (4/33), 3-й группы — 13,3% (4/30), тогда как у больных 4-й группы несколько выше — 22,6% (7/31), однако статистически значимых различий получено не было (p>0,05).

Портальный фиброз в сочетании с множественными септами, без ложных долек и цирроз печени отмечен у 7,7% (10/129) и 1,5% (2/129) больных соответственно, при этом развитие стадий фиброза наблюдается преимущественно у больных с СД 2 типа. Так у больных с ожирением ни у одного человека не регистрировалось наличие F3 и/или F4 стадий фиброза печени по результатам эластографии. У пациентов с МС в 6,1% (2/33) случаев регистрировался портальный фиброз без ложных долек, случаев цирроза также не отмечено. У пациентов 3-й группы вышеуказанные изменения отмечены у 13,3% (4/30) и 3,3% (1/30) соответственно, и в группе больных с СД 2 типа — 12,9% (4/30) и 3,2% (1/31).

Выводы. Исследование 129 больных с ожирением и метаболическим синдромом показало, что НАЖБП регистрируется у 95,4%, в ее структуре преобладает жировой гепатоз — 67,6%. Максимальное количество больных с признаками НАСГ и наибольшей выраженностью фиброза отмечено при наличии СД 2 типа, при этом традиционные методы диагностики поражения печени не имеют четкой корреляции с выраженностью фиброза.

0769

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Честнова Ю.А., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить систолическую функцию ЛЖ и ее взаимосвязь с клиникой и показателями эходопплеркардиографии (ЭхоКГ) у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной

недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 149 пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН (средний возраст — 78,18±0,5 лет), из них — 133 мужчины. ХСН I стадии выявлена у 57 (38%) пациентов, IIa стадии — у 69 (46%), IIb стадии — у 23 (16%). ХСН I ФК отмечена у 32 (22%) из всех пациентов, II ФК — у 51 (34%), III ФК — у 66 (44%). Всем пациентам проводилось клиническое обследование (с подсчетом баллов по шкале оценки клинического состояния — ШОКС) и ЭхоКГ на аппарате Vivid-7 (USA) с определением параметров геометрии правых и левых отделов сердца, фракционного изменения площади ПЖ (ФИП), фракции выброса (ФВ) и ударного объема (УО) ЛЖ, времени изоволюмического расслабления (ВИР), соотношения E/A, среднего давления в легочной артерии (ДЛАср), массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и ее индекса.

Рассчитывались объемы крови в ЛЖ:

1. Объем крови в ЛЖ в конце диастолы VКД(мл)=УО(мл)/ФВ(%)*100%;

2. Остаточный объем крови в ЛЖ в конце систолы ООКС(мл)=VКД(мл)-УО(мл). Корреляционный анализ клинических данных и параметров ЭхоКГ проводили по методу Спирмена с использованием пакета «Statistica 6.0». Уровень достоверности p считался равным 0,05.

Результаты. Исходно систолическая функция ЛЖ у пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН I стадии характеризовалась приростом ООКС по отношению к нормальному его значению на 9,1±3,4% (p=0,028) без снижения ФВ ЛЖ. При ХСН IIa стадии отмечено уменьшение ФВ и УО ЛЖ на 7,3±4,2% и 9,2±3,3,% соответственно (p<0,05) с повышением ООКС на 25,6±3,0% (p=0,016) и уровня ДЛАср на 5,2±1,4% (p=0,0304). У лиц пожилого и старческого возраста с ХСН IIb стадии было выявлено снижение ФВ и УО ЛЖ по отношению к их нормальным значениям на 18,2±4,7% и 19,5±4,3% соответственно (p<0,05) и повышение ООКС и ДЛАср на 33,4±9,5% и 26,7±3,5% соответственно (p<0,05). Выявлена прямо пропорциональная взаимосвязь показателя ООКС ЛЖ и малого диаметра правого предсердия (r=0,20; p=0,046), ООКС и толщины задней стенки ЛЖ (r=0,50; p=0,04), ООКС ЛЖ и ДЛАср (r=0,016; p=0,070). Наблюдалась прямая связь ООКС ЛЖ с показателем ШОКС (r=0,47; p=0,0426), что говорит об ассоциации большего числа баллов по ШОКС с высокими (более 40 мл) значениями ООКС ЛЖ. Отмечено отсутствие взаимосвязей ФВ ЛЖ с параметрами клиники и ЭхоКГ у исследуемых лиц.

Выводы. 1. Показатель ООКС является патогномоничным маркером систолической дисфункции ЛЖ у пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН и характеризуется наличием взаимосвязей с параметрами геометрии сердца и ДЛАср, а также с клиническими данными (в частности с ШОКС). 2. Для ФВ ЛЖ у гериатрических пациентов с ХСН отмечено отсутствие взаимосвязей с клинико-кардиогемодинамическими параметрами. 3. Таким образом, следует включать показатель ООКС ЛЖ в комплексное ЭхоКГ-обследование пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН с целью более ранней и адекватной диагностики систолической функции ЛЖ.

0770

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ СТРЕССА, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Чистилина А.Н., Курмангулов А.А.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, Тюмень

Цель: изучить особенности психо-социального статуса у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением различной степени выраженности. Оценить возможности немедикаментозной коррекции.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования были 84 женщины, имеющие различную степень ожирения с сопутствующей АГ. После включения в исследование пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа (n=20) женщины, имеющие ожирение I степени (ИМТ=32,3±1,7кг/м2), частота АГ составила 55,6%; 2 группа (n=34) пациенты с ожирением II степени (ИМТ= 36,9±1,7кг/м2), АГ в этой группе 83%; 3 группа (n=30) женщины, имеющие III степень ожирения (ИМТ= 46,3±13,0кг/м2), частота АГ 95% соответственно. Всем пациентам проводились антропометрические измерения, измерение артериального давления. Определение уровня тревоги и депрессии с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS). Оценка уровня стресса с помощью «Вопросника на определение уровня стресса» (Reeder L.G.). Также были даны рекомендации по питанию (расчет индивидуальной диеты), ведение пищевого дневника, рекомендации по физической

нагрузке. Повторный прием в динамике через 6 месяцев.

Результаты. При наблюдении за пациентами в динамике у 2-ой и 3-ей группы обнаружен достоверно более высокий уровень тревоги 7,98±1,98 и 8,03 ±1,45 баллов (p<0,01); уровень депрессии 7,18±2,38 и 8,17±4,68 баллов (p<0,001), оцененных субъективно по бальной системе. По нашему мнению, это связано не только с наличием АГ, но и большей выраженностью ожирения у данной группы пациентов. По степени выраженности стресса прослеживается тенденция к более высокому уровню в группах пациентов, имеющих ИМТ больше средних значений. Для 2-ой группы уровень стресса составил 2,02±0,93 баллов; для 3-й группы 1,55±0,91 баллов. Уровень стресса достоверно ниже у пациентов 1 группы (p<0,04) и в среднем составил 2,98±0,77 баллов. Уровень тревоги в этой группе 6,45±1,36 баллов и депрессии 4,93±3,08 баллов соответственно. При использовании принципов рационального питания максимально выраженная динамика психологического статуса отмечена у пациентов 1-ой группы.

Вывод. Таким образом, немедикаментозная коррекция приводит к достоверно выраженному уменьшению уровня стресса, тревоги и депрессии у пациентов с АГ в сочетании с более низкими значениями ИМТ.

0771

НЕКОТОРЫЕ НАРУШЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Чугунова Д.Н., Газиев А.Р.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

Цель. Изучить частоту встречаемости блокады правой ножки пучка Гиса у беременных женщин с антифосфолипидным синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 беременных женщин с антифосфолипидным синдромом в возрасте от 20 до 30 лет и 30 здоровых беременных женщин того же возраста. Наличие антифосфолипидного синдрома устанавливалось согласно результатам гемостазиограммы, выявлению циркуляции волчаночного антикоагулянта в крови и антител к кардиолипину. Всем беременным проводилась электрокардиография. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Excel 7.0 и пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты. При анализе результатов исследования было выявлено, что у беременных с антифосфолипидным синдромом частота встречаемости полной блокады правой ножки пучка Гиса достоверно чаще, чем у беременных без него (0,35 и 0,15; p=0,045).

Выводы. Существует ассоциация частоты встречаемости блокады правой ножки пучка Гиса у беременных женщин с наличием у них антифосфолипидного синдрома.

0772

ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС И СИМПАТО-ВАГУСНОЕ ОТНОШЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ МЕМБРАННЫХ НАРУШЕНИЙ

Чугунова Д.Н., Хасанов Н.Р., Ослопов В.Н.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

Цель. Изучить исходный вегетативный тонус (ИВТ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с различными суточными профилями артериального давления (АД) в зависимости от скорости Na+-Li+-противотранспорта (НЛП) в мембране эритроцита.

Материал и методы. В исследование включено 95 больных ГБ I-II стадии в возрасте от 18 до 55 лет. Всем больным проводилось определение скорости НЛП в мембране эритроцита по M.Canessa (1980), определение вариабельности сердечного ритма по данным холтеровского мониторирования ЭКГ, суточное мониторирование АД.

Результаты. В соответствии со скоростью НЛП все обследуемые были отнесены к четырем квартилям:

I квартиль (скорость НЛП до 203 мкмоль Li/л. кл. в час) — 17 больных;

II квартиль (скорость НЛП 204-271 мкмоль Li/л. кл. в час) — 26 больных;

III квартиль (скорость НЛП 272-345 мкмоль Li/л. кл. в час) — 21 больных;

IV квартиль (скорость НЛП более 346 мкмоль Li/л. кл. в час) — 31 больной.

По степени ночного снижения АД больные были разделены на группы, среди них: дипперы — 40 больных, нон-дипперы — 41 больной.

В результате анализа ИВТ у больных ГБ с различными суточными профилями АД в диапазонах скорости НЛП в мембране эритроцита было выявлено: у больных с суточным профилем АД типа диппер в III квартиле 20% больных имели напряженный вегетативный баланс и 80% симпатикотонию. Все больные, отнесенные к I, II и IV квартилям, имели исходную симпатикотонию. Больные с суточным профилем АД типа нон-диппер в IV квартиле в 28% случаев имели ненапряженный вегетативный баланс и 72% симпатикотонию. Все больные, отнесенные к I, II и III квартилям, имели исходную симпатикотонию. При анализе симпато-вагусного отношения не обнаружено достоверной разницы между больными, отнесенными к различным квартилям скорости НЛП.

Выводы. Несмотря на межквартильные различия ИВТ и у дипперов и у нон-дипперов, баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы остается стабильным при различных скоростях трансмембранного ионотранспорта.

0773

ПСИХОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Чугунова Ю.В.,[1] Чумакова Г.А.[1,2]

[1]ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

[2]ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) является эффективным методом хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца, однако может негативно отражаться на их психоэмоциональном и когнитивном статусе, что в свою очередь ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов.

Целью нашего исследования стало изучение психологических и когнитивных нарушений у пациентов, перенесших АКШ, и их влияние на КЖ пациентов.

Материалы и методы: В исследование включено 57 пациентов, средний возраст составил 58,4±0,9 лет. Психологический статус оценивались по шкале депрессии Цунге, шкале самооценки здоровья и шкале КЖ SF-36. Для оценки когнитивных функций (КФ) использован программно-аппаратный комплекс «Status PF». Исследование проводилось перед АКШ и через 6 месяцев после него.

Результаты и их обсуждение: При сравнении показателей КФ у пациентов через 6 месяцев после АКШ с показателями перед ним выявлено улучшение КФ: память (5,2±1,4 балла против 4,6±1,9; p=0,02), мышление (19,9±7,2 балла против 17,9±6,3; p<0,01), нейродинамика (1,4±1,2 % ошибок против 2,1±1,5; p<0,01). Около 40% пациентов имели депрессивные расстройства до и после АКШ. Через 6 месяцев после АКШ по сравнению с данными перед ним значимо улучшился физический компонент здоровья (ФКЗ) (37,9±9,4 балла против 34,0±8,0; p=0,008), в то время как психологический компонент здоровья (ПКЗ) улучшился незначимо (45,3±10,7 балла против 44,1±10,5; p=0,3). При сравнении показателей КЖ у пациентов с депрессией по сравнению с пациентами без нее перед АКШ значимо отличался ПКЗ (36,3±8,5 балла против 48,7±8,7; p<0,0001), а после АКШ оба компонента: ФКЗ (34,7±7,6 балла против 40,0±9,9; p=0,03), ПКЗ (37,4±8,5 против 50,5±8,5; p<0,0001). То есть, КЖ пациентов с депрессией хуже как до, так и после АКШ. При корреляционном анализе КФ у пациентов через 6 месяцев после АКШ в зависимости от ФКЗ получены средние прямые связи по памяти (r=0,31; p=0,02) и мышлению (r=0,38; p=0,04). То есть, чем выше ФКЗ пациента, тем лучше его память и мышление, а чем выше ПКЗ, тем лучше внимание (r=0,26; p=0,04) и нейродинамика (r=-0,37; p=0,004). Через 6 месяцев после АКШ произошло значимое улучшение самооценки пациентов (перед АКШ — 57,1±18,9 балла, через 6 месяцев после АКШ — 65,5±19,1 балла; p=0,005). Отмечались значимые связи между ФКЗ и самооценкой пациентов перед АКШ (r=0,44; p=0,001), между самооценкой пациентов с одной стороны и ПКЗ (r=0,53; p=<0,0001) и ФКЗ (r=0,45; p<0,0001) с другой после АКШ. Т.о. чем лучше КЖ пациентов, тем лучше их самооценка. Также отмечалось, что чем ниже уровень депрессии, тем выше самооценка пациента (до АКШ r= -0,33; p=0,01; после АКШ r= -0,61; p<0,0001).

Выводы: КФ пациентов улучшаются через 6 месяцев после АКШ. Депрессия негативно отражается на КЖ как перед, так и после АКШ.. При этом от КЖ пациента зависят его КФ. После АКШ значимо улучшается самооценка своего здоровья у пациентов, при этом, чем выше КЖ пациента, тем выше его самооценка.

0774

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ КАК МАРКЕР ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Чумакова Г.А.,[1,2] Веселовская Н.Г.,[1,2] Отт А.В.[2]

[1]ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

[2]ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Инсулинорезистентность (ИР) и гормональная активность висцерального жира основные патогенетические механизмы связывающие ожирение и сердечно-сосудистые осложнения. При ожирении увеличение объема висцеральной жировой ткани происходит не только в абдоминальной области, но и в эктопических локальных жировых депо, в том числе и эпикардиальном.

Цель исследования: оценить взаимосвязь толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) с показателями ИР, а также определить прогностическую ценность и пороговое значение тЭЖТ для диагностики ИР.

Материалы и методы: В исследование было включено 186 мужчин (54,4 ± 9,1 лет), с индексом массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м^2, средний 34,23±3,97 кг/м^2. С целью оценки ИР проводилось определение инсулина и индекса HOMA-IR. тЭЖТ измерялась с помощью ЭХОКГ в миллиметрах за свободной стенкой правого желудочка в систолу.

Результаты: Для оценки взаимосвязи ИР и показателя эпикардиального ожирения — тЭЖТ были выделены 2 группы пациентов: группу1 (ИР+) (n=59), составили пациенты с индексом HOMA-IR≥2,77, средние показатели HOMA-IR в этой группе были 4,37 (3,29;6,26), группу 2 (ИР -) (n=127) составили пациенты с индексом HOMA-IR<2,77 средние показатели HOMA-IR в этой группе были 1,05 (0,49;1,71) (p<0,001). Средние показатели тЭЖТ в группе (ИР +) составили 7 (7,0;9,0), и были выше, чем в группе (ИР -) 5 (4,0;6,0) (p <0,001).При проведении корреляционного анализа была выявлена положительная взаимосвязь тЭЖТ с инсулином (r=0,202;p=0,005) и индексом HOMA-IR (r=0,203;p=0,005). Для оценки прогноза вероятности принадлежности пациента к одной из двух групп с наличием или отсутствием ИР с помощью одного критерия тЭЖТ был проведен логистический регрессионный анализ, в котором каждое значение тЭЖТ выступало в качестве предиктора, а зависимой переменной была выбрана ИР, диагностированная с помощью критерия HOMA-IR.Получено уравнение логистической регрессии с процентом верного предсказания 91%, коэффициентом связи Д-Зомера 0,837, достигнутый уровень значимости p=0,001. Кроме того, был получен оптимальный порог отсечения для тЭЖТ, как неинвазивного предиктора ИР, который составил ≥7 мм (чувствительность 91,5%, специфичность 90,6%). Для оценки качества полученной модели была построена ROC-кривая. Площадь под кривой составила 0,941, что указывает на высокое качество полученной математической модели.

Выводы: 1.Определение тЭЖТ с помощью ЭХОКГ является простой процедурой, позволяющей визуализировать гормонально-активную висцеральную жировую ткань и дать ей количественную оценку. 2. тЭЖТ взаимосвязана с наличием ИР у пациентов с ожирением; 3. Пороговое значение тЭЖТ ≥7 мм является фактором риска развития ИР у пациентов с ИМТ≥30 кг/м^2. Поэтому определение тЭЖТ может служить важным неинвазивным маркером ИР для раннего назначения профилактических мероприятий и формировании группы высокого сердечно-сосудистого риска.

0775

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Чумакова Е.А., Гапонова Н.И.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель: на основе анализа психологических и социальных особенностей снизить рефрактерность к терапии пациентов с кризовым течением артериальной гипертензии в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 100 мужчин и 200 женщин с артериальной гипертензией, из них у 78% выявлено кризовое течение. Средний возраст пациентов 72,14±4,0 года, длительность артериальной гипертензии — от 4 до 36 лет. Из исследования исключались пациенты с симптоматической артериальной гипертензией. Анализировалась клиническая картина, ЭКГ, параметры Эхо-КГ, результаты суточного мониторирования АД и по Холтеру, исследовался ряд биохимических показателей, проводилось анкетирование опросниками Спилберга-Ханина и Стреляу, на выявление факторов риска, сопутствующих заболеваний, изучен характер медикаментозной терапии и оценена приверженность к лечению.

Результаты: в большинстве случаев у пациентов с кризовым течением артериальной гипертензии выявлена высокая ситуативная и личностная тревожность, 56% и 83% соответственно. Сила процессов возбуждения оказалось высокой у 40,67% пациентов и нормальной у 67%. Подвижность нервных процессов высокая в 54,67% случаев, нормальная в 43,33% и в 2% низкая; сила процессов торможения высокая — 69,33%, в норме — 30,67%. Среди факторов риска преобладает гиперхолестеринемия у 44% пациентов, повышенный индекс массы тела у 34%, табакокурение — 12% и злоупотребление алкогольными напитками — 10%. Среди сопутствующих заболеваний — бронхолегочные (66%): 94%среди мужчин и 55% среди женщин. В анамнезе имели место острый инфаркт миокарда 14% и инсульт 17%. В связи с гипертоническим кризом не имели стационарного лечения 45% пациентов, 34% госпитализируются 1-2 раза в год. За 1,5 года наблюдения количество пациентов с кризовым течением артериальной гипертензии уменьшилось на 40% с лишним (до 37%). К концу исследования регулярно антигипертензивные препараты стали принимать 100% пациентов (до начала исследования таковых было 79%). Во время исследования полностью выполняли рекомендации врача 79% женщин и 74% мужчин, частично — 26% мужчин и 21% женщин.

Выводы: При лечении пациентов, имеющих кризовое течение заболевания необходим дифференцированный подход, так как среди них преобладают личности с высокой личностной и ситуативной тревожностью и неуравновешенными нервными процессами, в которых преобладает возбуждение над торможением. Помимо упрощения схемы лечения антигипертензивными препаратами, таким пациентам необходимо добавление курсового лечения седативными средствами и анксиолитиками, а также разъяснительные беседы для усиления мотивации. В этом случае достижение целевого уровня АД и рефрактерность увеличиваются.

0776

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шабанова О.А., Шабанова Л.В., Болотнова Т.В.

ГБОУ ВПО «Тюменская медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, Тюмень, Россия, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень, Россия

В последнее время ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются одними из наиболее распространенных заболеваний и занимают лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности, особенно лиц пожилого возраста.

Целью нашего исследования являлись изучение состояния правых отделов сердца у больных зрелого и пожилого возраста с коморбидной патологией: ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ХОБЛ.

Материалы и методы исследования: обследованы три группы больных: 1 — пациенты пожилого возраста (старше 60 лет) с ИБС в ассоциации с АГ и ХОБЛ в количестве 50 человек; 2 — 40 больных пожилого возраста с ИБС и АГ; 3 — пациенты зрелого возраста (40-59 лет) с тройственной патологией — 40 человек.

Методы обследования: общеклинический и биохимический анализы крови, инструментальные: ЭКГ, ЭХОКГ, эргоспирометрия, спирография. Для оценки состояния правых отделов сердца у лиц зрелого и пожилого возраста с сочетанной патологией при проведении допплерэхокардиографии акцентировали внимание на наличие легочной гипертензии, выраженности процессов ремоделирования в правом желудочке. По результатам проведенных исследований выявлены следующие закономерности: показатели, характеризующие состояние правых отделов сердца, в 1-й группе имели максимальное значение. Выявлено статистически значимое отличие размера правого предсердия (ПП) у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой ($p<0,005$) и 3-й группой ($p<0,005$). Также обращает на себя внимание, что размеры ПП и правого желудочка (ПЖ) во

всех исследуемых группах не выходили за пределы нормы. Это позволяет говорить о том, что на данном этапе сочетанного течения ИБС, АГ и ХОБЛ дилатации правых отделов сердца не происходит, однако гипертрофия ПЖ уже имеется. Так, толщина стенки ПЖ в 1-й группе составила в среднем 0,5 см; данный показатель достоверно отличался от такового во 2-й группе ($p<0,001$) и не отличался в 3-й группе ($p>0,5$). Следовательно, на развитие гипертрофии правого желудочка оказывает влияние легочная патология. У пациентов как зрелого, так и пожилого возраста, когда ХОБЛ была первична, а затем присоединились ИБС и АГ превалирует снижение систолодиастолической функции правого желудочка, проявляющееся в среднем снижением фракции выброса до 40%, повышением уровня давления в легочной артерии до 57 мм рт.ст. Полученные результаты, свидетельствующие о более выраженных изменениях правых отделов сердца у больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ХОБЛ, позволяют говорить о том, что при сочетанном течении данных заболеваний процессы ремоделирования миокарда формируются быстрее.

0777

ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА И АТЕНОЛОЛА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шаваров А.А., Киякбаев Г.К., Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С.

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Цель. Оценить влияние ивабрадина (И) и атенолола (А) на показатели центральной гемодинамки у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) с артериальной гипертонией (АГ).

Методы. В исследование был включен 31 пациент (57% мужчин), средней возраст 62±8 года, с синусовым ритмом, со ССН II-III функционального класса и АГ без систолической дисфункции левого желудочка. В течение 2 недель до рандомизации все пациенты группы в добавление к основной терапии получали нифедипин с замедленным высвобождением в дозе 30 мг/сут. Затем методом «конвертов» больные были рандомизированы к приему И в дозе 10 мг/сут и атенолола А в дозе 50 мг/сут. Дозы препаратов увеличивались до достижения целевого уровня ЧСС 55-60 уд/мин в течение 2 недель и далее не менялись. Средняя суточная доза составила 14,4 мг для ивабрадина и 137,5 мг для атенолола. Исходно и на фоне лечения оценивались артериальное давление (АД), ЭКГ, показатели аппланационной тонометрии: скорость распространения пульсовой волны на каротидно-феморальном участке (СРПВкф), систолическое, диастолическое и пульсовое АД в аорте (цСАД, цДАД, цПД), индекс аугментации в аорте, нормированный к ЧСС 75 уд/мин (ИА75), индекс амплификации ПД (ПДАмпл), продолжительность сердечного выброса (ED), коэффициент субэндокардиальной жизнеспособности (SEVR).

Результаты. На терапии И и А ЧСС снизилась с 74,0 до 54,0 и 74,5 до 54,5 уд/мин ($p=0.001$ для обоих случаев), САД на 2,5 ($p=0,55$) и 10 ($p=0,01$) мм рт.ст., соответственно. В группе И и А СРПВ уменьшилась на 1,8 м/с и 1,6 м/с ($p=0,001$), цСАД — на 6,9 ($p=0,01$) и на 8,0 ($p=0,002$) мм рт. ст., ИА75 — с 25.0 до 11.5% ($p=0,01$) и с 27.0 до 25.0% ($p=0,48$), соответственно. ПДАмпл на терапии И возрос на 7% ($p=0,07$), на А — снизился на 12% ($p=0,002$). SEVR увеличился на фоне И на 45% ($p=0,002$), на 10% — на фоне А ($p=0,001$). ED уменьшилась на 3 мс на терапии И ($p=0,37$), а на фоне А — увеличилась на 26 мс ($p=0,02$).

Выводы. При сопоставимом снижении ЧСС ивабрадин так же, как атенолол уменьшал СРПВкф, отражающую выраженность артериальной ригидности. В сравнении с атенололом ивабрадин, не влияя на периферическое АД, снижал цСАД в аорте, и этот эффект, вероятно, связан со способностью препарата уменьшать ИА.

0778

ВОЗМОЖНОСТЬ ВЗАИМОЗАМЕНЫ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ И АТЕНОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шаваров А.А., Киякбаев Г.К., Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С.

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасности взаимозамены атенолола (А) и ивабрадина (И) у больных со стабильной стенокардией (СС).

Методы. В исследование был включен 31 пациент (57% мужчин), средней возраст 62±8 года, с синусовым ритмом, со СС II-III функционального класса и АГ без систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ). На 1-ом этапе 15 больных были рандомизированы к приему И в дозе 10 мг/сут, 16 пациентов — к приему атенолола в дозе 50 мг/сут. Дозы препаратов увеличивались до достижения целевого уровня ЧСС 55-60 уд/мин в течение 2 недель и далее в течение 4 недель не менялись. Средняя суточная доза исследуемых препаратов в конце 4 недели составила 14,4 мг для ивабрадина и 137,5 мг для атенолола. На 2-ом этапе после двухнедельного переходного периода, после двухнедельного переходного периода, в течение которого все больные получали И+А в половинных дозах, у 10 больных, получавших на 1-ом этапе ивабрадин, препарат был заменен на А в дозе 100 мг/сут, у 10 больных, получавших А, препарат заменили на И в дозе 15 мг/сут, и у 11 больных была сохранена И+А в половинных дозах. Исходно и на фоне лечения оценивались артериальное давление, ЭКГ, показатели эхокардиографии, тредмил-теста и аппланационной тонометрии.

Результаты. При достижении целевого уровня ЧСС И не уступал А по антиангинальной и антиишемической эффективности, достоверно снижал частоту приступов стенокардии и повышал время до появления депрессии сегмента ST и/или ангинозного приступа во время тредмил-теста. После смены режима на терапию И+А в половинных дозах частота приступов стенокардии и потребность в сублингвальном нитроглицерине не менялись, но при этом наблюдалась тенденция к приросту продолжительности нагрузки с 627 до 635 с (p=0.054). К 12 неделе показатели тредмил-теста были сопоставимы во всех трех подгруппах, а их динамика не имела достоверного характера. Атенолол, в отличие от И, снижал уровень АД на плечевой артерии и не изменяет центральный индекс аугментации (ИА), что было сопряжено со свойством А увеличивать продолжительность систолы ЛЖ. Ивабрадин, напротив, не оказывал значимого влияния на продолжительность систолы ЛЖ и снижал ИА. Ивабрадин, как и А, при сопоставимом снижении ЧСС, уменьшал скорость распространения пульсовой волны. В первые 6 недель на терапии И у 1 больного наблюдались преходящие зрительные расстройства. На фоне терапии А побочные реакции были отмечены у 2 пациентов. В период с 8 недели терапии у 3 пациентов подгруппы И, на старте получавших атенолол, в покое регистрировалась ЧСС 45-48 уд/мин, однако такая брадикардия была бессимптомной и не требовала уменьшения дозировки препарата.

Выводы. У больных со стабильной стенокардией без ИМ в анамнезе и ХСН при недостаточной эффективности или плохой переносимости ивабрадина или атенолола возможна взаимозамена препаратов, а также их комбинация в половинных дозах без существенного ущерба для безопасности и терапевтического действия.

0779

ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ

Шаваров А.А.,[1] Дячук Л.И.,[2] Киякбаев Г.К.,[1] Кобалава Ж.Д.,[1] Моисеев В.С.[1]

[1]ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

[2]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 ДЗМ», Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность раннего назначения ивабрадина (И) в дополнение к терапии метопрололом (М) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы. В иссследование было включено 98 больных с ОКС (64% мужчин), средний возраст 72 (60; 76) года, с синусовым ритмом и острой сердечной недостаточностью класса I по Killip. Пациенты были рандомизированы в группы И+М (n=50) и М (n=48) с титрованим дозы. В группе И+А средняя доза М составила 100 (75; 125), а И 10 (10;10) мг, в другой группе доза М была 100 (100; 150) мг. Пациентам высполнялись ЭКГ, тредмил-тест, тест с 6-минутной ходьбой (6-МТ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), измерение АД. Первичной конечной точкой (КТ) эффективности являлось достижение целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое менее 60 уд/мин на 14 день лечения. Первичная комбинированная КТ безопасности включала оценку частоты артериальной гипотонии, блокад сердца, бронхиальной обструкции, зрительных расстройств.

Результаты. На 14 день терапии целевую ЧСС по данным ЭКГ достигли 45 (90%) пациентов группы И+А и 40 (83%) больных группы М (p=0.33). Средняя ЧСС менее 60 уд/мин по данным ХМ ЭКГ наблюдалась у 38 (76%) пациентов группы И+А и 30 (63%) больных группы М (p=0.14). Не было выявлено достоверных различий по уровню снижения АД, частоте и длительности эпизодов ишемии миокарда, результатам 6-МТ. Первичные КТ безопасности были зафиксированы у 9 (18%) пациентов группы И+А и 18 (38%) больных группы М (p=0.03).

Вывод. Комбинированное лечение ивабрадином и метопрололом имело более благоприятный профиль безопасности при сопоставимой антиишемической активности в сравнении с терапией метопрололом в режиме титрования дозы у больных с ОКС.

0780

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ СИНДРОМЕ АПНОЭ ВО СНЕ

Шайдюк О.Ю., Таратухин Е.О.

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

Распространённость синдрома апноэ во сне по современным данным достигает 35,6% населения (Menon et al., 2011), а распространённость ИБС достигает 50% среди лиц пожилого возраста (Шальнова и соавт., 2011). Многократные эпизоды гиперкапнии, гипоксии и сопутствующих метаболических нарушений ведут к прогрессированию и осложнению сердечно-сосудистой патологии. Большую роль в этом играет система свёртывания крови. По данным литературы (Terada et al., 2011; von Kanel et al., 2010), существует взаимосвязь между протромботическим состоянием крови и синдромом апноэ во время сна (САС). Поэтому целью данной работы было оценить показатели коагулограммы у больных со стенокардией напряжения при нарушении дыхания во сне разной степени выраженности.

В исследование были включены планово госпитализированные пациенты с диагнозом стенокардии напряжения III-IV ФК. Процедуры исследования проводились до начала инвазивных вмешательств. Всего включено 107 пациентов, 48 женщин и 59 мужчин, средний возраст 58±8,6 лет. Всем пациентам утром сразу после пробуждения проводился сбор крови для коагулографии. По данным кардиореспираторного мониторирования пациенты были разделены на 3 подгруппы с индексом апноэ-гипопноэ (ИАГ) до 5/ч (гр. 1), 6-29/ч (гр. 2), более 30/ч (гр. 3), — согласно рекомендациям стратификации САС. В крови определялись показатели коагулограммы (фибриноген, антитромбин, протеин С, растворимые фибринмономерные комплексы — РФМК), показатели тромбоцитов: средний объём клетки (MPV), агрегация с АДФ и коллагеном. Анализ данных проводился по стандартной методике в таблицах Excel с использованием критерия Стьюдента. Для оценки агрегации тромбоцитов были выделены подгруппы пациентов лечения ацетилсалициловой кислотой или клопидогрелом. Двойную терапию на момент исследования никто не получал.

Результаты. Наиболее выраженные и достоверные отличия были между группами 1 и 3. Уровень фибриногена в гр. 1 был ниже и находился в пределах референсного интервала, тогда как в гр. 3 был достоверно выше (2,8±1,3 г/л и 4,6±1,8 мг/дл; $p<0,001$). Уровень РФМК был несколько повышен в двух группах с ИАГ более 5/ч, однако достоверным различие оказалось между гр. 1 и гр. 3 (3,2±1,9 мг/дл и 4,9±2,0 мг/дл; $p<0,002$), как и по отношению к антитромбину, уровень которого был снижен у лиц с выраженным САС (96±12% и 87±18%, соотв.; $p<0,02$). Уровни протеинов С и S имели тенденцию к снижению с ростом ИАГ, но различия не стали достоверными. MPV был увеличен у лиц с высоким ИАГ (гр. 1 — 8,2±1,86 fl, гр. 3 — 9,8±2,63 fl; $p<0,05$). Анализ агрегации тромбоцитов с АДФ 1 мкМ и 5 мкМ у принимавших клопидогрел больных показал тенденцию к меньшему её замедлению при высоком ИАГ. Подобные данные получены и при стимуляции коллагеном. В подгруппах аспирина и клопидогрела агрегация происходила быстрее у пациентов с высоким ИАГ.

Выводы. Повышение ИАГ у больных ИБС сопровождается сдвигами гомеостаза, в том числе, в состоянии свёртывания крови. Преобладает тенденция к гиперкоагуляции как плазменного, так и тромбоцитарного звена. Повышенный уровень РФМК свидетельствует о более интенсивном текущем фибринообразовании, сниженные уровни естественных антикоагулянтов — о повышенном риске тромботических осложнений. Прямая взаимосвязь ускорения агрегации тромбоцитов с ИАГ свидетельствует о возможной меньшей эффективности антитромбоцитарной терапии, что следует учитывать в практической деятельности. В целом, изменённое состояние гемостаза с тенденцией к гиперкоагуляции при САС объясняет более высокую, по эпидемиологическим данным, частоту сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС и требует внимания при ведении пациентов.

0781

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шакирова Р. М.

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

Цель: анализ летальности у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от этиологии и тяжести заболевания в Республике Татарстан.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 253 пациента с ХСН: 40,7% мужчин и 59,3% женщин в возрасте от 22 до 88 лет, проживающих на территории Республики Татарстан. Продолжительность исследования составила 44 месяца (3,7 лет). Проведен анализ летальных случаев, учитывая этиологию и тяжесть течения ХСН (по функциональному классу ХСН). Рассмотрены следующие причины летальных исходов: острый инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), прогрессирование ХСН.

Полученные результаты: за время наблюдения (44 месяца) общая смертность составила 16%, смертность от сердечно-сосудистой патологии — 11%. Средний возраст умерших был 73,12 +10,15 лет.

Основной причиной смерти больных с ХСН было ОНМК — 31,71% человек, средний возраст умерших составил 76,33±6,60 лет. Острый ИМ в виде причины летального исхода был на втором месте — 17,07% человек, средний возраст умерших составил 74,00±16,07 лет. Прогрессирование ХСН способствовала неблагоприятному исходу у 14,63% человек, средний возраст которых составлял 72,50±7,37 лет.

При ХСН, обусловленной ишемической болезнью сердца, ОНМК в 40% случаях была причиной летального исхода; острый ИМ и прогрессирование ХСН — в 17,14% случаях соответственно.

При ХСН, вызванной артериальной гипертонией основной причиной смерти было ОНМК — 41,18% случаев. Острый ИМ и прогрессирование ХСН способствовали летальному исходу в 14,71% случаях соответственно.

Выявлено, что смертность больных зависит от функционального класса (ФК) ХСН (p=0,005). При ХСН I ФК летальность составила 6,17%; при II ФК — 18,18%; при III ФК — 18,33%; при IV ФК — 53,85%.Таким образом, летальность больных с III-IV ФК ХСН составила 72,18%.

Выводы: 1. ОНМК и острый инфаркт миокарда являются основными причинами летальных исходов при ХСН;

2. ОНМК — непосредственная причина смерти больных с ХСН, обусловленной ишемической болезнью сердца или артериальной гипертонией; 3. Летальность больных с III-IV ФК ХСН в Республике Татарстан за период наблюдения составляет 72,18%.

0782

ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Шалаева Е.В.,[1] Абдуллаев Т.А.,[1] Закиров К.Н.,[2] Дадабаева Н.А.,[1] Шалаева А.В.[1]

[1]Ташкентская Медицинская Академия; [2]Республиканский Специализированный Центр Хирургии имени В. Вахидова; [3]Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить уровень давления в системе легочной артерии у больных аортальным пороком сердца.

Материал и методы исследования. За период с 2011 — 2012г было обследовано 69 больных (40 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 42 до 63 лет (52,6±3,7) с аортальным пороком сердца доказанной ревматической этиологии и хронической сердечной недостаточностью III функционального класса по NYHA. Всем больным до протезирования аортального клапана был проведен полный спектр лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. По данным катетеризации правых отделов сердца у 24 (34,8%) больных была выявлена легочная гипертензия. По данным коронарной ангиографии больные условно были разделены на 2 группы и были сопоставимы по полу и возрасту. В 1 группу вошло 13 больных, у которых не было выявлено гемодинамически значимых поражений коронарных артерий, во 2 группу — 11 больных со стенозами ›50% или окклюзиями коронарных артерий. Среднее давление в легочной артерии в группе с поражением коронарных артерий было достоверно выше, чем в группе без поражения (46,8±0,7 мм рт.ст. и 39,3±0,4 ммHg; p‹0,001). Диаметр аорты на уровне аортального клапана в 1 группе составил 21,7±3,4мм, во 2-й 16,2±3,1мм (p=0,12). Диаметр восходящего отдела аорты и градиент систолического давления на аортальном клапане были достоверно выше во 2 группе 51,8±2,1мм и 59,3±4,8ммHg против 39,9±3,3мм и 43,2±7,1 соответственно (p‹0,05). Аортальная регургитация I степени и относительная регургитация на митральном клапане наблюдались у всех больных. Градиент давления на митральном клапане у больных с легочной гипертензией был в пределах нормы (5,1±0,08ммHg). Размеры левого предсердия были больше во 2 группе (5,0±0,3см против 3,9±0,2см; p=0,02). Конечный диастолический и систолический объемы левого желудочка (по Simpson) были достоверно выше в группе с поражением коронарных артерий по сравнению с группой без них (201,2±6,4мл и 119,4±6,2мл в сравнении 131,3±7,4мл и 69,4±3,6мл; p‹0,01). Фракция выброса левого желудочка была

достоверно ниже в группе больных со стенозами и окклюзиями коронарных артерий, чем в 1-й группе (48,1±2,1% и 56,7±2,4%; p<0,05). Гипертрофия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка была достоверно выше во 2 группе, чем в 1-й (20,1±1,7мм и 15,2±1,2мм против 16,6±1,1мм и 13,4±0,8 мм соответственно; p<0,05).

Заключение. У больных аортальным пороком сердца ревматической этиологии и хронической сердечной недостаточностью функционального класса III по NYHA более выраженная легочная гипертензия развивалась у больных с наличием гемодинамически значимых стенозов и окклюзий коронарных артерий. Этому способствовал более выраженный систолический градиент на аортальном клапане, низкая фракция выброса левого желудочка, значительная дилатация левого желудочка и левого предсердия. Это значит, что большое влияние на развитие легочной гипертензии у больных аортальным пороком оказывает атеросклероз коронарных артерий.

0783

РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОСЛОЖНЕННОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Стаценко М.Е., Шалаева С.С.,

ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздравсоцразвития РФ, Волгоград, Россия

Цель: оценить особенности клинического статуса и параметров качества жизни (КЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с диабетической автономной кардиальной нейропатией (АКН).

Материалы и методы: в исследование включено 90 пациентов 45-70 лет с ХСН II- III функционального класса (ФК) в раннем постинфарктном периоде и сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа в стадии компенсации или субкомпенсации углеводного обмена. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: I группу составили 60 больных с признаками АКН по Ewing, II группу — 30 больных с ХСН и СД без признаков АКН. Оценивали клинический статус и параметры КЖ с помощью шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) Мареева, Минессотского и Сиэттлского опросников. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности течения СД, ХСН, а также по характеру проводимой базисной и гипогликемизирующей терапии.

Результаты: не было выявлено достоверных различий между группами по уровню систолического и диастолического артериального давления (123,2±4,6 в I группе vs 124,05±3,53 во II группе, 73,75±3,95 vs 70,78±2,94 мм рт. ст. соответственно), а также по частоте сердечных сокращений в покое (69,53±4,29 в I группе vs 66,3±1,99 ударов в минуту во II группе). Пациенты были сопоставимы по индексу массы тела, хотя в обеих группах он был выше нормы (30,8±0,62 в I группе vs 32,3±0,54 во II группе), ФК ХСН (2,4±0,25 в I группе vs 2,19±0,08 во II группе), результатам теста шестиминутной ходьбы — 335,08±10,27 в I группе vs 362,5±7,38 м во II группе. Не обнаружены статистически значимые различия между группами при оценке по шкале ШОКС Мареева (4,1±0,59 в I группе vs 3,94±0,25 баллов во II группе) и при анализе данных Сиэттлского опросника (17,7±1,89 в I группе vs 19,31±1,06 баллов во II группе). Однако показатели КЖ, рассчитанные по Минессотскому опроснику, были достоверно ниже в I группе по сравнению со II группой (37,84±1,18 vs 31±0,98 баллов соответственно).

Выводы: при сопоставимом клиническом статусе больных с ХСН и сопутствующим СД 2 типа среди пациентов с АКН достоверно ниже показатели качества жизни.

0784

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шаленкова М.А., Михайлова З.Д, Мухаметова Э.Т., Климкин П.Ф.

ГБУЗ НО ГКБ № 38 г.Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить и оценить взаимосвязь уровня натрийуретического пептида (NTproBNP) и выраженности хронической болезни почек (ХБП) С1-5 у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы исследования: обследованы 153 больных (111 мужчин и 42 женщины), поступивших

экстренно в стационар с диагнозом ОКС (средний возраст 60±9 лет) [диагнозы при выписке: нестабильная стенокардия — 64, инфаркт миокарда — 89]. У 44% больных ОКС в госпитальном периоде развились различные кардиоваскулярные осложнения. В 1-3 день госпитализации в крови определяли содержание NTproBNP (пг/мл) методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов фирмы «Вектор-Бест» (Россия, Новосибирск) и креатинина (мкмоль/мл) фотометрическим методом (кинетика) на аппарате «Clima MC15» (Испания). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по сокращенной формуле MDRD. Стадия ХБП определялась по Национальным рекомендациям (РФ, 2012). Результаты представлены в виде медианы и квартилей (P25;P75) и в %. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты: у больных ОКС диагностированы следующие стадии ХБП: С1 у 18, С2 у 53, С3а у 20, С3б у 7, С4 у 2%. ХБП С2 чаще выявлялась как у мужчин (59%), так и у женщин (36%). ХБП С1 (20%) и С3а (17%) у мужчин диагностировались реже и с одинаковой частотой. У женщин, в отличие от мужчин, чаще выявлялись ХБП С3а (29%) и С3б (21%). У пациентов до 60 лет чаще выявлялись ХБП С2 (60%) и ХБП С1 (27%). У больных старше 60 лет ХБП С1 диагностировалась у 9, С2 — у 47, С3а — у 29, С3б — у 11, С4 — у 4%. Величина NTproBNP увеличивалась с выраженностью ХБП: С1 — 170[74;331], С2 — 342[62;738], С3а — 869[188;1787], С3б — 1849[17;5250], С4 — 8310[769; 13510]. Медиана NTproBNP (170[74;331]) при ХБП С1 была в 49 раз ниже, чем при ХБП С4 (8310[769;13510]) ($p=0,014$). У больных ОКС выявлена обратная связь средней силы ($R=-0,323$, $p<0,001$) между содержанием NTproBNP и величиной СКФ. У пациентов ОКС, как при осложненном (57%), так и неосложненном (50%) течении чаще диагностировалась ХБП С2. У больных с осложненным течением ОКС чаще выявлялась ХБП С3а (22%), чем ХБП С1(10%), что подтверждает данные литературы и ассоциируется с более высоким кардиоваскулярным риском. Напротив, у лиц с неосложненным течением ОКС ХБП С3а (18%) диагностировалась реже, чем ХБП С1 (23%). Содержание NTproBNP при ОКС с осложненным течением (603[84;1375]) было в 2 раза выше, чем при неосложненном (264[72;871]).

Выводы: 1. У больных ОКС, независимо от возраста, пола и наличия кардиоваскулярных осложнений, чаще выявлялась ХБП С2 стадии. 2. Тяжесть ХБП увеличивалась у пациентов пожилого и старческого возраста. 3. У женщин чаще диагностировали более тяжелые стадии ХБП. 4. Установлено наличие линейной зависимости между уровнем NTproBNP и выраженностью ХБП. 5. Уровень NTproBNP при ОКС с осложненным течением был выше, чем при неосложненном. 6. При осложненном течении ОКС чаще диагностировалась ХБП С3а.

0785

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СРЕДНИХ ЗНАЧЕНИЙ СКОРОСТИ НАТРИЙ-ЛИТИЕВОГО ПРОТИВОТРАНСПОРТА В ЭРИТРОЦИТЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АНАМНЕЗЕ

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р.

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

Цель: изучить распределение средних значений скорости натрий-литиевого противотранспорта (Na/Li-ПТ) в эритроците у женщин репродуктивного возраста в зависимости от наличия гестационной гипертензии в анамнезе (ГГА).

Материал и методы. Обследована группа из 123 женщин в возрасте 21-46 лет; из них 21 практически здоровый доброволец с нормальным артериальным давлением (нАД), 31 пациентка с высоким нАД (ВНАД) и 71 пациентка с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2010) с длительностью АГ 0,5-24 года. Средний возраст пациенток с АГ — 41,2±4,2 лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими формами АГ. Обследованным проводились опрос, включавший в себя сведения о ГГА, и определение скорости Na/Li-ПТ в эритроците (M.Canessa, 1980). Обследованные были распределены на 2 группы в зависимости от наличия ГГА: без ГГА и с ГГА. Определялись групповые средние величины фактора. Для оценки значимости различий между вариационными рядами использовался критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. В группе пациенток с АГ, имеющих ГГА, среди женщин репродуктивного возраста, по сравнению с группой лиц с нАД без ГГА и с ГГА, обнаружены значимо (по критерию U) более высокие средние значения скорости Na/Li-ПТ в эритроците (403,8±136,3 мкмоль/л*клеток/ч vs 310,0±133,5 мкмоль/л*клеток/ч; $p<0,02$ и 403,8±136,3 мкмоль/л*клеток/ч vs 242,3±77,1 мкмоль/ л*клеток/ч; $p<0,05$, соответственно). Значимые (по критерию U) различия выявлены также в следующих группах: ВНАД без ГГА — АГ без ГГА ($p<0,05$), ВНАД с ГГА — АГ без ГГА ($p<0,01$), ВНАД без ГГА — АГ с ГГА ($p<0,01$), ВНАД с ГГА — АГ с ГГА ($p<0,01$).

Вывод. У пациенток с АГ среди женщин репродуктивного возраста гестационная гипертензия в анамнезе ассоциируется со значимо (p<0,05 по критерию U) более высокими средними значениями скорости Na/Li-ПТ в эритроците.

0786

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

Цель исследования: изучить распределение факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин репродуктивного возраста при непропорционально высокой (НВ) массе миокарда левого желудочка (ММЛЖ).

Материал и методы. Обследована группа из 107 женщин — жительниц г. Казани в возрасте 21-46 лет. Контрольную группу составили 19 женщин с нормальным артериальным давлением (АД<130/85 мм рт. ст.) без указания на подъемы АД в анамнезе. Клиническую группу составили 88 пациенток с длительностью артериальной гипертензии (АГ) 0,5-24 года; из них 22 пациентки с высоким нормальным АД (АД 130-139/85-89 мм рт. ст.) и 66 пациенток с АГ (АД>140/90 мм рт.ст.) по классификации ВНОК (2010). Из исследования исключались пациентки с симптоматическими формами АГ. Обследованным проводились анкетирование, физикальное (измерение роста и массы тела, окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ); вычисление индекса массы тела (ИМТ), отношения ОТ/ОБ), инструментальное (эхокардиография) исследование, биохимическое исследование крови (содержание глюкозы, общего холестерина, триглицеридов). Об ожирении судили при значении ИМТ › 30 кг/м2, об абдоминальном его типе – при ОТ›88 см. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере «SIM 5000 Plus» (Esaote Biomedica, Россия-Италия). Фактическую ММЛЖ рассчитывали по формуле Devereux R.B. et al. (1977), должную ММЛЖ – по формуле Simone G. et al. (1998). По отношению фактической ММЛЖ к должной рассчитывался коэффициент диспропорцио-нальности (КД). Непропорционально низкую ММЛЖ констатировали при КД ‹ 72% (1-я группа (n=1)), пропорциональную ММЛЖ – при КД 72,1–127,9% (2-я группа (n=36)), НВ ММЛЖ – при КД ›128% (3-я группа (n= 70)) [Simone G. et al., 1998]. Для оценки значимости различий распределения в группах использовались критерий χ^2 и точный метод Фишера, средних значений критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. Частота встречаемости и средние значения суммарного количества ФР ССЗ в 3-й группе, по сравнению со 2-й группой, среди пациенток с ВНАД и АГ значимо не различались. Во 3-й группе, по сравнению со 2-й группой, среди всех обследованных значимо (по критерию χ^2) более часто встречается такой ФР ССЗ, как абдоминальный тип ожирения (67,1% vs 33,3%, p<0,01); среди пациенток с АГ – ожирение (47,7% vs 19%, p<0,05). В 3-й группе, по сравнению со 2-й группой, среди всех обследованных, отмечаются также значимо (по критерию U) более высокие средние значения ОТ (85,7±12,6 vs 76,2±13,1, p<0,001), ОТ/ОБ (0,81±0,12 vs 0,75± 0,07, p<0,001), ИМТ (27,6±5,3 vs 25,0±5,3, p<0,02); среди пациенток с АГ – ОТ/ОБ (0,82±0,07 vs 0,78±0,06, p<0,05).

Вывод. У женщин репродуктивного возраста среди пациенток с АГ непропорционально высокая масса миокарда левого желудочка ассоциируется с статистически значимо (p<0,05 по критерию χ^2) большей частотой встречаемости такого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, как ожирение, а также со значимо (p<0,05 по критерию U) более высоким средним значением отношения окружности талии к окружности бедер.

0787

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

А.З. Шарафеев,[1] А.В. Постников[2]

[1]Кафедра кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО КГМА, Казань

[2]Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Казань

Известно, что сопутствующее поражение церебральных артерий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) усугубляет течение и «маскирует» клиническую картину основного заболевания, повышая, в целом, уровень летальности и фатальных сердечно-сосудистых происшествий.

Цель исследования. Проанализировать частоту и выраженность клиническихневрологических проявленийу пациентов с ИБС и сопутствующим атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий (БЦА).

Материал и методы исследования: в исследование было включено 86 пациентов с ИБС, из них 54 мужчин (62,8%)и 32 женщины (37,2%) в возрасте от 52 до 73 лет, средний возраст пациентов 61, 6 ± 6,4 лет, средний возраст мужчин — 58,3 ± 6, 2лет (52 — 71 лет), женщин — 64,2 ± 5,6 (58 — 73 года). Всем пациентам было проведено неврологическое обследование в виде подробного сбор неврологических жалоб, анамнеза, проведение осмотра неврологического статуса, селективная коронарная ангиография, ангиография БЦА.

Результаты: у 61(71%) из 86 пациентов выявлены гемодинамически значимые поражения коронарных артерий, а у 25 (29%) — гемодинамически незначимые поражения коронарных артерий (КА). Клинические неврологические проявления цереброваскулярной патологии у пациентов с ИБС выявлены в 68% случаев: вегетативные нарушения выявлены у 48%, координаторные нарушения у 46%), синдром пирамидной недостаточности у 45%, кохлеарные нарушения у 42%, чувствительные нарушения у 37%, рефлексы орального автоматизма у 28%, амиостатические синдромы у 14%, синдромы глазодвигательных нарушений у 17%, речевые нарушения у 13%.Сравнительный анализ выраженности неврологической симптоматики в зависимости от степени поражения КА выявил прямую корреляцию степени неврологических проявлений от количества пораженных коронарных артерий.

Выводы. У пациентов с ИБС, гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий являются предикторами наличия гемодинамически значимых поражений прецеребральных артерий. Частота и степень различных неврологических проявлений прямо пропорциональна степени поражения коронарных артерий.

0788

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ИБС

А.З. Шарафеев,[1] А.В. Постников[2]

[1]Кафедра кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО КГМА, Казань

[2]Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Казань

Причиной ишемических инсультов и инфарктов миокарда — заболеваний, смертность от которых занимает лидирующие позиции в современном мире, является коронарный и церебральный атеросклероз. В настоящее время остаются актуальными проблемы этиопатогенеза и закономерности атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) и прецеребральных артерий (ПЦА).

Цель исследования. Выявить распространенность атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов церебральных сосудов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), при различной степени выраженности стеноза КА.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 86 пациентов с ИБС, из них 54 мужчин (62,8%)и 32 женщины (37,2%), средний возраст пациентов 61,6±6,4 лет. Всем больным была проведена селективная коронарография (СКГ) с одномоментной ангиографией БЦА.

Полученные результаты. В обследуемой группе пациентов гемодинамически значимые стенозы КА были выявлены у 61 (71%) пациента, из них у 48 пациентов (79%) были выявлены сопутствующие атеросклеротические поражения прецеребральных артерий. В структуре поражения КА, наиболее часто (72%) выявлено поражение ПМЖА, в 62% — ПКА, в 32% — ОВ. С устьевой локализацией стеноза ЛКА было 5% пациентов, с бифуркационными стенозами — 13%. Поражение 2–х КА выявлено у 24 (39%) пациентов, трёх сосудов — у 37 (61%) пациентов. Стенозы прецеребральных артерий были выявлены у 14 пациентов в группе с двухсосудистым поражением КА и у 34 пациентов в группе пациентов с трехсосудитым поражением коронарных артерий. Излюбленным сегментом брахиоцефального бассейна для атеросклеротического поражения в 83% являются каротидные бифуркации. Внутренние сонные артерии были поражены в меньшей степени (81% — левая ВСА, 68% — правая ВСА), наружные сонные были поражены реже (78% — левая НСА, 64% — правая НСА), левая ОСА — 57%, правая ОСА — 46%. В 70% были выявлены бикаротидные стенозы, в 30% — одностороннее поражение. Атеросклеротическое поражение артерий вертебро–базилярного бассейна было отмечено в 31%

случаев, в том числе позвоночные артерии были в 25% поражены справа, и в 30% — слева.

Выводы. Гемодинамическизначимые двух- и трехсосудистые поражения коронарных артерий являются предикторами церебрального атеросклероза.

0789

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Шаркова И.В., Левашов С.Ю.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Цель: изучить особенности ремоделирования миокарда левого желудочка больных с различными вариантами ишемии миокарда.

Материал и методы: Обследовано 106 пациентов ИБС с установленным диагнозом стенокардии напряжения (СН) I-III функционального класса и/или безболевой ишемией миокарда (БИМ) в возрасте от 35 до 64 лет. Среди обследуемых было сформировано 5 групп. Группу 1 составили 17 мужчин без сопутствующей сердечно — сосудистой патологии (средний возраст 50,1±5,3 лет). У такого же количества пациентов выявлена изолированная АГ (средний возраст 50,1±9,4 лет)- группа 2. У 21 пациента выявлены только эпизоды БИМ (средний возраст 50,0±6,9 лет)- 3 группа. Группу 4 составили 30 пациентов со СН I-III функционального класса (средний возраст 53,6±6,3 лет). У 21 пациента наблюдалось сочетание СН и БИМ — группа 5 (средний возраст 53,7±7,1 лет). Всем исследуемым пациентам проводились сбор анамнестических данных, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), суточное мониторирование ЭКГ, тредмил — тест. Типы ремоделирования миокарда левого желудочка оценены согласно рекомендациям ВНОК. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента и Манна — Уитни.

Результаты: При проведении ЭХОКГ толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) у пациентов 1 группы составила 1,01±0,2 см, 2 группы -1,16±0,2 см, 3 группы -1,19±0,3 см, 4 группы — 1,16±0,1 см, 5 группы -1,35±0,2 см. Выявлено достоверное увеличение ТМЖП у пациентов с сочетанием СН и БИМ по сравнению с другими группами ($p<0,05$) . Толщина задней стенки достоверно выше у пациентов с АГ,БИМ,СН и БИМ по сравнению со здоровыми (1,16±0,2 см; 1,18±0,2 см; 1,17±0,2 см;1,22 ±0,2 см и 0,98 ±0,3см соответственно , $p<0,05$) Кроме того, выявлено увеличение относительной толщины стенок (ОТС) у больных с АГ, БИМ ,СН и сочетанием СН и БИМ в сравнении с 1 группой (0,49±0,07; 0,49±0,12; 0,48±0,09; 0,51±0,08 и 0,42±0,05 соответственно; p 0,05).Установлено, что индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) был достоверно ниже у пациентов1группы в сравнении с больными с БИМ,СН и СН и БИМ (104,9±21,3 гр/м^2 и 133,0±36,1 гр/м2; 131,0±18,9гр/м^2; 146,0± 35,3гр/м^2 соответственно ; p 0,05).У пациентов 1 группы нарушений геометрии левого желудочка не выявлено. У больных с изолированной АГ нормальная геометрия левого желудочка (ГЛЖ) встречается у 4 человек (24 %), концентрическое ремоделирование (КР) у 6 (35%), концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ) у 7 (41%), эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) не выявлена. В группе с БИМ нормальная геометрия у 2 пациентов (10%), КР у 7 (33%), КГЛЖ у 9 (43%),ЭГЛЖ у 3 (14%). В 4 группе нормальная геометрия у 4 человек (13%), КР у 5 (17%), КГЛЖ у 17 (57%), ЭГЛЖ у 4 (13%). В 5 группе нормальная геометрия у 1 человека (5%),КР у 3 (14%), КГЛЖ у 14 (67%) ,ЭГЛЖ у 3 (14%).

Выводы: Пациенты с сочетанием СН и БИМ отличаются более высокими показателями ТМЖП, ЗС, ИММЛЖ. Во всех группах преобладает концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка, но наиболее выражена она у пациентов с сочетанием безболевой и болевой ишемии миокарда.

При этом фракция выброса (ФВ) у пациентов 4 группы достоверно ниже по сравнению 1 группой (64,9±4,2;67,8±3,4%; $p<0,05$).

0790

МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Шафранская К.С.,[1] Камленок К.В.,[2] Кашталап В.В.,[1,2] Барбараш О.Л.[1,2]

Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии

[1]ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Кемерово, Россия

[2]ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ

Цель: оценить прогностическую роль микроальбуминурии в развитии госпитальных осложнений у больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ). Материал и методы: в проспективном исследовании с марта 2011 по апрель 2012 г проанализировано течение периоперационного периода 719 пациентов (576 мужчин и 143 женщин), подвергшихся КШ. Возраст пациентов составил от 33 до 78 (средний возраст 59) лет. Всем пациентам определяли концентрацию креатинина в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) и уровень микроальбумина в моче: за сутки до и на 7-е сутки после КШ. К выписке из стационара (10-12 сутки после КШ) оценивали развитие комбинированной конечной точки, в которую вошли инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, острое повреждение почек (ОПП), которое оценивалось по критериям RIFLE, выполнение ремедиастинотомии (РМ) по поводу кровотечения. Наличие хотя бы одного из перечисленных событий относилось к проявлению неблагоприятного госпитального исхода. Результаты: острый ИМ зарегистрирован у 6 (0,8%) пациентов, инсульт — у 9 (1,2%) пациентов, ОПП — у 19 (2,6%) пациентов, прогрессирование уже имеющейся почечной недостаточности выявлено у 7 (0,9%) пациентов. РМ выполнялась у 15 (2,0%) пациентов. Выявлено, что динамика медианы концентрации креатинина у пациентов с благоприятным исходом КШ составила от 84 (71-100) до 79 (64-100) мкмоль/л (p=0,1), у пациентов с неблагоприятным исходом — от 86 (71-105), до 85 (73-104) мкмоль/л (p=0,09). Медиана СКФ в динамике также не имела статистически значимых различий между пациентами с благоприятным и неблагоприятным исходом (p=0,4). Медиана микроальбумина в моче за сутки до операции у пациентов с благоприятным исходом составила 3,0 (2,3-6,1) мг/сут, у пациентов с неблагоприятным исходом — 30 (22-44) мг/сут (p=0,03). На 7-е сутки после КШ медиана микроальбумина у пациентов с благоприятным исходом составила 5,1 (3,3-8,2) мг/сут, у пациентов с неблагоприятным исходом — 60 (42,0-115) мг/сут (p=0,001). Вывод: наличие микроальбуминурии можно рассматривать как прогностический маркер риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых и почечных исходов коронарного шунтирования до развития их клинических проявлений.

0791

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗА ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ: РОЛЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Шашенкова Т.Н., Табакьян Е.А., Акчурин Р.С.

ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ, Москва

Цель исследования. Развитие острой почечной недостаточности (ОПН) после операций на сердце ассоциировано с существенным увеличением срока пребывания в реанимации и стационаре, а также повышением смертности кардиохирургических больных. Цель нашего исследования заключалась в оценке факторов риска развития послеоперационной ОПН, выделении наиболее значимых из них и разработке алгоритма прогноза ОПН.

Материалы и методы. Мы изучили 502 пациента, оперированных на сердце с искусственным кровообращением в 2009- 2010 г.г. ОПН определяли по RIFLE критериям. Методом логистического регрессионного анализа были оценены в связи с ОПН не только предоперационные, но также интраоперационные и послеоперационные факторы риска. Были протестированы как отдельные группы пред-, интра- и послеопреционных предикторов ОПН, так и последовательное добавление к каждой из групп. В итоге была проанализирована модель, включающая все переменные. На основе данных статистического анализа был разработан алгоритм прогноза ОПН у кардиохирургических больных отдела сердечно-сосудистой хирургии ФГБУ РКНПК.

Результаты. ОПН была выявлена у 130 из 502 пациентов (25,8%), у 9 больных (1,8% от общего числа оперированных) потребовалась заместительная почечная терапия. Логистический регрессионный анализ выявил 7 значимых факторов риска ОПН: 4 предоперационных (возраст старше 60 лет, сахарный диабет, ФВ менее 35% и СКФ менее 60 мл/мин/1,73м2), 2 интраоперационных (инфузия адреномиметиков, время ИК более 120мин.) и 1 послеоперационный (инфузия адреномиметиков). Вероятность развития ОПН после добавления к алгоритму расчета интра/послеоперационных факторов возрастает с 78% до 90%.

Выводы. На развитие ОПН после операций на сердце с искусственным кровообращением оказывают зна-

чимое влияние несколько факторов и немалая доля приходится на интра/послеоперационную группу переменных. Точность прогноза, за счет добавления этих переменных, может быть заметно улучшена, что важно для проведения ранней своевременной профилактики ОПН, и, соответственно, может привести к снижению смертности у кардиохирургических больных, уменьшению срока пребывания в реанимации и стационаре.

0792

УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шашенков И.В., Бабак С.Л., Малявин А.Г.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России, Москва

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) нередко сочетаются у одного пациента. Эти заболевания, представленные у одного пациента, взаимно отягощают течение друг друга.

Усиленная наружная контрпульсация (УНКП) является самостоятельным методом лечения больных ИБС, признанным отечественным и мировым медицинским сообществом. Терапевтическое действие УНКП связано с её непосредственными гемодинамическими (ретроградный аортальный/артериальный кровоток; диастолическая аугментация), сосудистыми (индукция напряжения сдвига; активизация коллатерального кровотока), нейрогуморальными (повышение концентрации в крови монооксида азота при одновременном снижении титров эндотелина I, ангиотензина II, мозгового натрийуретического пептида и др.) эффектами, а также с терапевтическим ангиогенезом (в первую очередь — миокардиальным), развивающимся на фоне проведения и после окончания курса терапии. Доказано положительное влияние курсового лечения УНКП на функцию эндотелия.

Цель. Оценить безопасность и эффективность применения УНКП у больных сочетанной кардиопульмональной патологией: ИБС+ХОБЛ.

Материалы и методы. 20 больных (100% мужчины, средний возраст: 62±11 лет) ИБС, стабильной стенокардией II-III ФК (включая эквиваленты) в сочетании с ХОБЛ I-II стадии прошли курс терапии УНКП: 35 часовых процедур, давление воздействия 240-300 мм рт. ст. с использованием кардиотерапевтического комплекса Vasomedical Lumenair EECP. На протяжении всего периода наблюдения пациенты получали стандартную базовую терапию ИБС, включавшую антиагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины и, при необходимости, пролонгированные нитраты, а также базовую терапию ХОБЛ в виде тиотропия бромида 18 мкг 1 раз в сутки через специальный ингалятор. До начала курса УНКП и после его окончания, а также через полгода и год пациенты проходили обследование, включавшее заполнение специальной формы, анкеты качества жизни SF-36, ХМЭКГ 24 часа, ЭХО-КГ, тредмил-тест (или велоэргометрия).

Результаты. Во всех случаях отмечено стойкое уменьшение проявлений основного заболевания: снижение функционального класса стенокардии на 1 и более класс, повышение толерантности к физическим нагрузкам, уменьшение потребности в ситуационных нитратах вплоть до полной их отмены, улучшение качества жизни (включая увеличение индекса социального функционирования).

Выводы. Применение усиленной наружной контрпульсации, при чётком соблюдении требований к уровню давления воздействия (диапазон УНКП: 240-300 мм рт. ст.) и при адекватной синхронизации с ритмом сердца (воздействие только в диастолу) безопасно и демонстрирует высокую клиническую эффективность в коморбидной популяции ИБС+ХОБЛ. Существуют объективные основания применения метода усиленной наружной контрпульсации в комплексном лечении больных с комбинированной кардиопульмональной патологией.

0793

МЕТОД УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА

Шашенков И.В., Бабак С.Л., Малявин А.Г.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России, Москва

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности и инвалидизации населения в России и во всём мире. Храп и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) являются факторами риска артери-

альной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), нарушений сердечного ритма и проводимости, сердечной недостаточности. Согласно результатам крупномасштабных рандомизированных клинических исследований, посвященных СОАС и его связи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, среди больных СОАС по сравнению со средней популяцией распространенность ИБС втрое выше (Peppard P.E., 2000 г.)

Цель. Оценить безопасность и эффективность применения усиленной наружной контрпульсации (УНКП) у больных хронической ИБС и синдромом обструктивного апноэ сна.

Материалы и методы. 30 больных (28 мужчин и 2 женщины, средний возраст: 61±12 лет) ИБС, стабильной стенокардией I-III ФК (включая эквиваленты) в сочетании с СОАС, подтверждённым при кардиореспираторном мониторинге нарушений дыхания во сне устройством Watch PAT 200, прошли курс терапии УНКП: 35 часовых процедур УНКП (давление воздействия 250-300 мм рт. ст.) с применением кардиотерапевтического комплекса Vasomedical Lumenair EECP. На протяжении всего периода наблюдения пациенты получали стандартную базовую терапию ИБС, включавшую антиагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины и, при необходимости, пролонгированные нитраты. CPAP-терапия по различным причинам в период наблюдения не применялась. До начала курса УНКП и после его окончания, а также через полгода и год пациенты проходили обследование, включавшее заполнение специальной регистрационной формы, анкеты качества жизни SF-36, ХМЭКГ 24 часа, ЭХО-КГ, тредмил-тест (или велоэргометрия), ОЭКТ миокарда по двухдневному протоколу «нагрузка-покой».

Результаты. У всех больных, включённых в исследование отмечена положительная динамика: снижение функционального класса стенокардии на 1 и более класс в течение года после окончания курса УНКП, увеличение толерантности к физическим нагрузкам, улучшение качества жизни, включая как физический, так и психологический компонент здоровья; улучшение коронарной перфузии, уменьшение зон стресс-индуцированной ишемии по данным ОЭКТ. Также обращает на себя внимание сопутствующее описываемым явлениям уменьшение дневной сонливости по шкале Epworth у всех пациентов.

Выводы. Получены достоверные данные о безопасности применения УНКП у больных ИБС в сочетании с СОАС. Метод УНКП эффективен в комплексном лечении этой сложной популяции пациентов и оказывает терапевтическое воздействие не только в плане уменьшения явлений ИБС, но и собственно обструктивного апноэ сна, видимо, за счёт эффекта стабилизации симпатической нервной системы.

0794

СНИЖЕНИЕ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ РЕАКТИВНОСТИ В АКТИВНОЙ ОРТОПРОБЕ — МАРКЕР ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузнецов В.А., Шебеко П.В., Енина Т.Н., Солдатова А.М., Рычков А.Ю.

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

Цель: выявить клинико-морфофункциональные, биохимические различия, особенности вариабельности сердечного ритма (ВРС) у больных ХСН с разным типом реагирования при выполнении активной ортостатической пробы (АОП).

Материалы и методы: Было обследовано 63 больных с ХСН (88,9% — мужчины, средний возраст 55±9,9 года) с кардиомиопатией ишемического (79,4%) и неишемического (20,6%) генеза. У 79,4% пациентов в анамнезе была выявлена артериальная гипертония, у 46% — инфаркт миокарда, у 11,1% — сахарный диабет. 12,7% имели I функциональный класс по классификации NYHA; 39,7% — II; 42,9% — III; 4,8% — IV. Пациентам были определены уровни мозгового предшественника натрийуретического пептида (Nt-proBNP), интерлейкина (ИЛ)-6 в плазме крови; были выполнены эхокардиография, анализ ВРС на коротких участках записи ЭКГ (300 кардиоинтервалов) в покое и при выполнении АОП на аппаратно-программном комплексе компьютерной ритмокардиографии КАП-РК-01-«Микор». Согласно типу реакции на активный ортостаз все пациенты были разделены на группы: I гр. (n=44) — со снижением HF% в АОП (I тип реагирования), II гр. (n=19) — с увеличением HF% в АОП (II тип реагирования). Группы не имели достоверных различий по возрасту, основному диагнозу, сопутствующей патологии и используемой терапии.

Результаты: В покое у пациентов II гр. по сравнению с I были выявлены достоверно более низкие значения HF% (15,1±10,4 и 29,8±19,1% соответственно, p<0,05) и RMSSD (8,8±4,2 и 15,2±9,0 мс соответственно, p<0,05), а также достоверно более высокие значения VLF% (72,6±16,0 и 56,1±19,7% соответственно, p<0,05). При выполнении АОП в I гр. было отмечено увеличение значений VLF% (с 56,1±19,7 до 69,4±17,2%, p<0,001) и индекса LF/HF (с 3,3±3,3 до 8.0±7,1, p<0,001) наряду со снижением HF%. Во II гр. в активном ортостазе значения VLF% достоверно снижались (с 72,6±16,0

до 58,8±22,8%, p=0,003), а индекс LF/HF оставался неизменным наряду с приростом HF%. Пациенты II гр. по сравнению с I имели большие размеры левого предсердия (50,2±4,8 и 46,6±4,8 мм соответственно, p=0,016), конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) (66,6±7,6 и 61,8±6,2 мм соответственно, p=0,026), конечные диастолический (232,6±64,5 и 197±45,3 мл соответственно, p=0,047) и систолический (159,2±49,6 и 125,9±40,7 мл соответственно, p=0,026) объемы ЛЖ. Фракция выброса ЛЖ была достоверно ниже во II гр., чем в I (30,9±4,8 и 38,1±9,3% соответственно, p=0,004). Пациенты II гр. по сравнению с I имели достоверно более высокие уровни Nt-proBNP (6926,1±13482,2 и 959,2±880,3 пг/мл соответственно, p<0,001) и ИЛ-6 (4,8±3,1 и 4,3±5,6 пг/мл соответственно, p=0,016) в плазме крови.

Выводы: Пациенты со II типом реагирования в АОП имеют более выраженную ХСН, верифицированную более тяжелым органическим поражением миокарда и высокими уровнями Nt-proBNP и ИЛ-6 в плазме крови.

Снижение симпато-адреналовой реактивности и относительное усиление парасимпатических влияний в АОП может свидетельствовать об истощении симпатоадреналовых воздействий у пациентов с более выраженной ХСН.

0795

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ К ПИЩЕ «УНИК ОМЕГА-3» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шевченко И.А., Вершинин А.С.

ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова Минздрава России; г. Санкт-Петербург

В настоящее время, несмотря на значительные успехи в диагностике, лечении и профилактике заболеваний внутренних органов, разработку новых методов лекарственной терапии и хирургического лечения, заболеваемость, инвалидность и смертность населения в большинстве стран продолжают оставаться на высоком уровне. Только от болезней системы кровообращения смертность в Российской Федерации составляет 53-56% от общей смертности.

Для повышения эффективности лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в последние годы большое внимание уделяется вопросам здорового питания. Во многих случаях здоровое питание усиливает действие различных видов терапии, предупреждает развитие осложнений и прогрессирование болезни.

Вместе с тем следует учитывать, что в последние годы произошли существенные изменения в питании населения в целом. Выявлен существенный дефицит ряда биологически активных веществ, особенно витаминов, макро- и микроэлементов. Только массовое внедрение биологически активных добавок к пище (БАД) в питание позволит реально и в короткие сроки решить проблему обеспечения населения наиболее дефицитными нутриентами.

В связи с этим в клинике ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова была проведена клиническая апробация биологически активной добавки к пище, содержащая полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) «УНИК Омега-3» (УО-3) с целью изучения ее клинической эффективности в комплексной терапии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

«УНИК Омега-3» представляет собой рыбий жир из норвежского лосося с содержанием омега-3 ПНЖК не менее 25% и витамины A, E, D.

Клиническая апробация проведена как одноцентровое, открытое, рандомизированное, контролируемое исследование.Дизайн клинической апробации состоял в наблюдении за состоянием больных до приема и после курсового приема «УНИК Омега-3», за характером изменений ряда общепринятых в клинике Центра лабораторных, биохимических показателей и за результатами инструментальных исследований. При этом, для исследования выделены основная (30 человек) и контрольная (20 человек) группы больных в возрасте от 20 до 70 лет, мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Больные основной группы в течение 30 дней получали по три капсулы «УНИК Омега-3» два раза в день.

При анализе результатов проведенного обследования у большинства больных основной группы отмечено улучшение самочувствия и общего состояния. После месячного приема УО-3 показатели общего холестерина снизились на 10,3% и ЛНП — на 10,0%. Коэффициент атерогенности снизился на 12,8%. Показатели ЛВП повысились на 6,7%. При этом обращает внимание значительное снижение ТГ — на 22,0% и ЛОНП — на 22,7%.

Положительный клинический результат после месячного приема «УНИК Омега-3» выявлен у 28 (93,3%) больных. Прием «УНИК Омега-3» оказывает комплексное положительное действие, снижая одновременно

уровни ОХС и ТГ. «УНИК Омега-3» целесообразно принимать в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях в комплексной терапии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, сопровождающихся умеренно выраженными формами нарушений липидного обмена.

0796

ДИНАМИКА ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС

Шепилова И.Б., Саламатина Л.В, Дацюк И.В., Новак Э.П., Урванцева И.А.

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

Цель: оценить динамику плацентарного фактора у больных с ОКС.

Методы исследования: обследовано 76 пациентов с ОКС (9 женщин, 65 мужчин), средний возраст составил 55±8 лет. Всем пациентам было проведено ЧКВ со стентированием.

Обследование проводилось при поступлении больного до оперативного вмешательства, через 72 часа, при выписке и через месяц после ЧКВ. Контрльная группа представлена 20 пациентами (13 женщин, 7 мужчин) без сердечно-сосудистых заболеваний, средний возраст 46±8 лет. Концентрацию плацентарного фактора (PLGF) определяли на электрохемилюминесцентном анализаторе Cobas E411 ф.Roche, Данные представлены в виде средних величин: [M±SD].

Результаты. Средние уровни PLGF у больных с ОКС на этапе включения в исследование существенно отличались от уровня здоровых лиц (15,6 ±5,5 пг\мл против 7,9±5,3 пг\мл). Концентрация в образцах крови через 72 часа PLGF осталась практически без изменения 16,6±6,1 пг\мл. На момент выписки и через месяц после ЧКВ уровень PLGF оставался без динамики 15,5±4,1 пг\мл, 16,5±5,1пг\мл соответственно.

Заключение. У больных с острым коронарным синдромом в течение 30 дней со дня стентирования происходит значимое повышение концентрации плацентарного фактора.

0797

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДНК-ДИАГНОСТИКИ КАК БОЛЬШОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ АРИТМОГЕННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шестак А.Г., Благова О.В., Носкова М.В., Фролова Ю.В., Дземешкевич С.Л., Заклязьминская Е.В.

ФГБУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

Клиника факультетской терапии им. В.Н. Виноградова I МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение: Аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка (АКПЖ) — генетически детерминированное заболевание, характеризующееся фиброзным и/или жировым замещением кардиомиоцитов правого желудочка (часты случаи бивентрикулярного поражения миокарда). Заболевание может длительное время протекать малосимптомно, что делает раннюю диагностику достаточно сложной. Часто первым и единственным симптомом болезни является внезапная сердечная смерть. В 25-40% случаев АКПЖ обусловлена мутациями в гене плакофилина PKP2, в 12-40% случаев — мутациями в гене десмоглеина DSG2. Диагноз АКПЖ устанавливается на основе диагностических критериев 2010 года. Выявление мутаций в заинтересованных генах рассматривается как большой критерий АКПЖ. В России ДНК-диагностика АКПЖ ранее не была разработана, что практически лишало врачей возможности использовать один из больших диагностических критериев.

Методы исследования: Клиническое и генетическое обследование было проведено 15 пациентам из 15 неродственных семей. Клиническое обследование включало ЭКГ, 24-часовое ХМ, ЭхоКГ, МРТ сердца, биопсию миокарда. Генетическое обследование включало прямое секвенирование кодирующей последовательности и прилегающих областей генов PKP2 и DSG2. Прогностическое значение выявленных генетических вариантов оценивалось с помощью программы PolyPhen2.

Результаты: Молекулярно-генетический скрининг мутаций в генах PKP2 и DSG2 был выполнен 15 пациентам с высоко вероятным диагнозом АКПЖ. В лаборатории медицинской генетики ФГБУ РНЦХ РАМН впервые в России разработана ДНК-диагностика всех известных генетических вариантов заболевания.

В гене PKP2 у троих пациентов из выборки были выявлены мутации: p.W538X, c.1523_1538del, p.S140F. У пациентов отмечались синкопальные состояния, правожелудочковая экстрасистолия, устойчивая желудочковая тахикардия. Средний возраст манифестации данных пациентов составил 46 лет. В гене DSG2 у троих пациентов из выборки были выявлены миссенс-мутации: p.S194L, p.V533I и p.N245H. У данных пациентов отмечались устойчивая желудочковая тахикардия, гипертрофия ПЖ, выраженный фиброз и липоматоз. ИКД имплантирован или рекомендован. Диагноз АКПЖ для носителей мутаций методами ДНК-диагностики подтвержден.

Заключение: Разработанная ДНК-диагностика позволяет идентифицировать мутации, являющиеся причиной аритмогенного ремоделирования миокарда. Наличие мутации в исследуемом гене рассматривается как большой критерий АКПЖ, что важно для верификации диагноза у больных с АКПЖ. Частота выявления мутаций в выборке российских больных составила 40%, что согласуется с данными европейских исследований.

0798

АССОЦИАЦИЯ ЛОКУСА 9P21.3 С ИСХОДАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Шестерня П.А., Мартынова Е.А., Демкина А.И., Сергеева А.С., Шульман В.А., Никулина С.Ю.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Красноярск, Россия

Цель — изучить взаимосвязь однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) rs10757278 и rs1333049 локуса 9p21.3 с исходами инфаркта миокарда (ИМ) в течение двухлетнего периода наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включено 477 больных ИМ европеоидной расы в возрасте ≤ 65 лет (52,36±7,45 лет). В исследуемой группе преобладали мужчины — 390 (81,8%). Исследование одобрено этическим комитетом КрасГМУ. Всеми участниками подписывалась форма информированного согласия. Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Полиморфизм генов тестировали с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени в соответствии с протоколом фирмы производителя (праймеры и зонды TaqMan, AB 7900HT). Период проспективного наблюдения после ИМ составил 2 года.

Результаты. Летальность в стационаре составила 4,6% (22 из 477 больных). Нами не выявлено взаимосвязи ОНП локуса 9p21.3 с развитием летального исхода в стационаре. Так, частота генотипа CC rs1333049 среди выписанных из стационара больных составила 20,6%, среди умерших — 27,3% (p=0,31), аллеля C — 79,4%, и 72,7% (p=0,46), соответственно. Носителей гомозиготного генотипа риска GG rs1075728 среди выписанных больных было 25,3%, среди умерших — 27,8% (p=0,20), аллеля риска G — 77,5%, и 61,1% (p=0,11), соответственно. Данные за полугодовой период после ИМ собраны у 441 из 455 выписанных больных (96,9%), за период 12 месяцев — 433 (96,8%), двухлетний период — 420 (95,0%). Нами не обнаружено ассоциации ОНП локуса 9p21.3 с исходами ИМ (летальность, повторный ИМ, госпитализации по поводу нестабильной стенокардии, повторные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ)) ни в одном из периодов наблюдения: 6, 12, 24 месяцев. Так, в течение двухлетнего периода частота генотипа CC rs1333049 среди перенесших повторный ИМ была 20,0% (нет — 27,4%, p=0,54); среди больных повторно госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии — 27,5% (нет — 26,4%, p=0,82); подвергшихся повторным ЧКВ — 24,0% (нет — 27,2%, p=0,97); среди умерших — 29,8% (нет — 26,4%, p=0,76). Для генотипа GG rs10757278 получены сопоставимые данные: повторный ИМ (да — 18,8%; нет — 26,4%, p=0,49); госпитализация по поводу нестабильной стенокардии (да — 28,0%; нет — 25,3%, p=0,42); повторные ЧКВ (да — 23,7%; нет — 26,3%, p=0,98); летальность (да — 28,6%; нет — 25,0%, p=0,51).

Выводы. Генотипы риска ОНП rs10757278 и rs1333049 локуса 9p21.3 не влияют на исходы больных перенесших ИМ, однако могут быть использованы для оценки риска развития ИМ.

0799

ИНТЕГРАЦИЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ RS1333049 (9P21.3) И RS619203 (6Q22) В КАЛЬКУЛЯТОР SCORE С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Шестерня П.А.

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

Цель. Изучить возможность использования различных однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) в калькуляторе SCORE для стратификации риска развития инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включено 243 больных ИМ (192 мужчины), контрольную группу составили 280 человек без ИБС (221 мужчина). Исследование одобрено Этическим комитетом КрасГМУ. Критериями включения больных ИМ были: возраст ≤65 лет, подписанная форма информированного согласия. Средний возраст больных ИМ: 55,1±5,5 лет, в группе контроля: 55,7±5,6 лет. Для экстракции ДНК использовался фенол-хлороформный метод. Генотипирование полиморфизмов rs10757278 (9p21.3), rs1333049 (9p21.3) и rs619203 (6q22), осуществлялось методом ПЦР в режиме реального времени (праймеры и зонды TaqMan, AB 7900HT). Суммарный кардиоваскулярный риск (фатальных и нефатальных событий) оценивался у всех участников с помощью калькулятора SCORE для стран с высоким уровнем ССЗ. Для сравнения групп по количественным признакам использовался метод Манна-Уитни, качественным признакам — методика χ^2. Различия оценивались как статистически значимые при p<0,05. Для оценки степени риска по конкретному генотипу производили оценку отношения шансов (ОШ) с расчетом доверительных интервалов.

Результаты. Группы не имели статистически значимых различий по возрасту (p=0,08), полу (p=0,98) и традиционным факторам риска ИБС: артериальной гипертонии (p=0,20), сахарного диабета (p=0,18), гиперхолестеринемии (p=0,16), избыточной массе тела и ожирению (p=0,44), абдоминальному типу ожирения (p=0,76), курению (p=0,59). Риск развития ИМ был значительно выше у носителей генотипа CC rs1333049 (ОШ=2,02; 95% ДИ 1,32–3,08), генотипа GG rs10757278 (ОШ=1,98; 95% ДИ 1,30–3,02) и генотипа CC rs619203 (ОШ=3,18; 95% ДИ 1,60–6,33). На первом этапе многофакторной логистической регрессии изучался отдельно вклад каждого генотипа риска. Что оценивалось по количеству случаев ре-классификации участников из группы «низкого» и «умеренного» риска в группу «высокого» и «очень высокого» риска по шкале SCORE. Наибольшее предсказательное значение выявлено для генотипа CC rs1333049 (частота ре-классификации была 6.1% (Нейджелкерк R2=0.061). На втором этапе, учитывая линейную зависимость (r=0.949) между двумя ОНП локуса 9p21.3 — rs10757278 был удален из дальнейшего анализа. Добавление редкого генотипа риска CC rs619203 к генотипу риска CC rs1333049 позволило увеличить количество ре-классифицированных пациентов до 9.1%.

Заключение. Интеграция генотипов риска двух ОНП rs1333049 (9p21) и rs619203 (6q22) в калькулятор SCORE позволяет значительно увеличить предикторное значение каждого из них, что может быть использовано в стратификации риска развития ИМ.

0800

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНОЙ (ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ) ИШЕМИИ МИОКАРДА У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Шибаев А.Н., Лебедева Т.Ю., Гнусаев С.Ф., Федерякина О.Б., Павлова А.П., Герасимов Н.А.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, Тверь

Цель: выявить электрокардиографические признаки транзиторной ишемии миокарда у доношенных и недоношенных новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию.

Пациенты: 75 недоношенных со сроком гестации 30-36 недель (I группа) и 22 доношенных (II группа) новорожденных, которые имели факторы риска хронической внутриутробной гипоксии и/или родились в состоянии асфиксии и имели признаки перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС средней и тяжелой степеней; III группа — 36 здоровых доношенных новорожденных. Методы исследования: клини-

ко-анамнестический, стандартная электрокардиография (ЭКГ) в раннем и позднем неонатальном периодах, нейросонография, статистический (χ^2-критерий, непараметрический критерий Краскела-Уоллиса).

Результаты. В раннем неонатальном периоде у недоношенных более высокая, чем у доношенных II группы максимальная и минимальная частота сердечных сокращений (164,6±20,26 и 137,2±23,10 в минуту (p<0,001); 143,6±22,36 и 128,3±20,76 в минуту (p<0,01) соответственно). Вследствие этого характерна более короткая продолжительность частотозависимых интервалов ЭКГ у недоношенных детей. В позднем неонатальном периоде у недоношенных сохраняется более высокая максимальная и минимальная частота сердечных сокращений по сравнению с новорожденными III группы (185,7±18,64 и 171,2±21,98 в минуту (p<0,5); 164,8±18,82 и 144,7±24,39 в минуту (p<0,001) соответственно). Напротив, величина корригированного QT-интервала в раннем неонатальном периоде выше в группе доношенных детей, перенесших перинатальную гипоксию, чем в группе здоровых новорожденных (0,45±0,05 и 0,4±0,04 с, p<0,05). Во II группе наблюдается достоверно большее количество детей с положительными зубцами Т в отведениях V1-3, чем в I и III группах, как в раннем, так и в позднем неонатальном периодах (23,8%, 50,0% и 28,6% в раннем и 22,2%, 50,0% и 28,6% в позднем неонатальном периодах (pI-II<0,1, pI-III<0,05, pII-III<0,01) соответственно в I, II и III группах). Ишемические изменения в виде депрессии (менее -100 мкВ) и/или элевации (более +150 мкВ) сегмента ST достоверно более часто наблюдались у новорожденных II группы как в раннем, так и в позднем неонатальном периодах (14,0%, 56,0% и отсутствие симптома (pI-II<0,001, pI-III<0,5, pII-III<0,01) в раннем и 18,6%, 50,0% и 20,0% (pI-II<0,01, pI-III<0,01, pII-III<0,001) в позднем неонатальном периодах соответственно в I, II и III группах).

Выводы. К признакам транзиторной (постгипоксической) ишемии миокарда у доношенных новорожденных относятся: депрессия и/или элевация сегмента ST в раннем и позднем неонатальном периодах, увеличение электрической систолы желудочков в раннем неонатальном периоде, инверсия зубца Т в отведениях V1-3 в позднем неонатальном периоде. Для недоношенных детей, перенесших перинатальную гипоксию, выявление ишемических изменений на ЭКГ в неонатальном периоде не характерно.

0801

ОПЫТ НАЗНАЧЕНИЯ ВАЛЬДОКСАНА В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Шилина Н.Н., Стаценко М.Е.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград, Россия

Цель: изучить влияние терапии Вальдоксаном в составе комбинированной терапии в раннем постинфарктном периоде у пациентов с аффективными расстройствами и сахарным диабетом типа 2.

Методы: В исследование включено 60 больных сахарным диабетом (СД) типа 2 на 3-4 неделе от начала инфаркта миокарда (ИМ) с признаками тревоги (Т) и депрессии (Д). У всех пациентов ранний постинфарктный период осложнился наличием хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК). Пациенты были разделены на 2 группы (по 30 человек). Основная (1) группа (гр.) больных в дополнение к базисным препаратам (аспирин, клопидогрел, бисопролол, эналаприл, симвастатин, при необходимости нитраты и мочегонные, гликлазид + метформин) получала Вальдоксан 25 мг\сутки в течение 3 месяцев, контрольная (2-ая) гр.- только базисную терапию. С пациентами обеих групп проводились психотерапевтические беседы. Средний возраст больных в 1 гр. составил 67,2+2,5 лет, во 2 гр. — 66,4+2,32 лет. Наличие Т и Д оценивали по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. ФК ХСН определяли при помощи теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Качество жизни (КЖ) оценивали по результатам Миннесотского опросника (МО) КЖ у больных ХСН и Сиэтлского опросника (СО) КЖ у больных со стенокардией. Наблюдение проводилось в течение 3-х месяцев.

Результаты: на фоне приема Вальдоксана по окончании лечения у больных 1 гр. отмечается редукция аффективной симптоматики: достоверное снижение выраженности Т с 10,8+0,42 до 5,3+0,71 баллов, Д с 10,6+0,36 до 4,2+0,64 баллов. Во 2 гр. пациентов уменьшения выраженности Т и Д до нормальных значений не произошло: Т снизилась с 10,43+0,9 до 8,63+1,7 баллов, Д с 10,53+0,96 до 8,07+1,45 баллов (субклинически выраженная Т и Д). По результатам ТШХ к концу 3 месяцев повысилась толерантность к физическим нагрузкам, более значимо в 1 гр. с 284+10,1 м до 381+12,9 м (p<0,05), во 2 гр. с 290,3+12,5 м до 312+14,7 м (p<0,05). Согласно МО в 1 гр. в конце наблюдения отмечено более выраженное улучшение КЖ (на 23,2%) по сравнению со 2 гр (на 9,5%): с 53,7+3,13 до 41,22+2,5 баллов (p<0,05) vs 54,9+3,24 и 49,9+3,17 баллов

(p>0,05). По данным СО у пациентов 1 гр. в конце исследования КЖ улучшилось на 13,2% (средний балл увеличился с 69,3+4,12 до 78,46+3,1), тогда как во 2 гр. КЖ не достоверно ухудшилось на 3,9% (средний балл уменьшился с 67,34+4,5 до 64,72+5,67). Также в 1 гр. отмечено уменьшение количества приступов стенокардии в неделю с 4,9+0,61 до 3,2+0,42, в отличие от 2 гр., где наблюдалось увеличение числа приступов стенокардии с 4,87+0,59 до 5,68+0,96 (Различия между группами по конечному результату достоверны).

Выводы: Назначение Вальдоксана в составе комбинированной терапии в раннем постинфарктном периоде у пациентов с СД типа 2 достоверно купирует проявления аффективных расстройств, что оказывает благоприятное влияние на течение ХСН в восстановительном периоде ИМ и повышает КЖ больных.

0802

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шилов С.Н.,[1] Березикова Е.Н.,[1] Ефремов А.В.,[1] Сафронов И.Д.,[1] Самсонова Е.Н.,[1] Пустоветова М.Г.,[1] Тепляков А.Т.,[2] Торим Ю.Ю.[2]

[1]ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Новосибирск

[2]ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

Цель. Оценить взаимосвязь уровня гомоцистеина в сыворотке крови с течением хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 94 пациента с ХСН, которые по функциональному классу заболевания были разделены на 3 группы (по NYHA) с использованием теста с 6-минутной ходьбой: 35 пациентов с ФК II, 31 человек с ФК III и 28 пациентов с ФК IV. С целью выявления возможности ассоциации гомоцистеина с характером течения СН больные были разделены по итогам годичного наблюдения на две группы: с благоприятным (49 человек) и неблагоприятным течением патологии (45 человек). При этом в течение проспективного наблюдения оценивалось: нарастание симптомов и тяжести ХСН, частота госпитализаций по поводу СН, динамика фракции выброса левого желудочка. Группу контроля составили 32 человека без сердечно-сосудистой патологии и тяжелых хронических заболеваний. В начале исследования и через 12 месяцев наблюдения в сыворотке крови определяли уровень гомоцистеина методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Анализ данных проведенного исследования показал, что в контрольной группе гомоцистеин в сыворотке колебался в ограниченных пределах, по своей средней величине составив 6,1±0,5 мкмоль/л. Установлено, что у больных ХСН с 3-4 ФК заболевания уровень гомоцистеина в плазме крови был существенно выше по сравнению с контролем. При этом у пациентов с 3 ФК ХСН по сравнению со здоровыми лицами уровень гомоцистеинемии был выше в 1,4 раза, а с 4 ФК — в 2,4 раза. Кроме того, в группе больных ХСН 4 ФК отмечалась наиболее выраженное увеличение концентрации гомоцистеина по сравнению с 2 и 3 ФК заболевания (14,7±1,2 мкмоль/л против 7,2±0,7 мкмоль/л и 8,3±0,6 мкмоль/л соответственно, p<0,01).

У пациентов с неблагоприятным течением заболевания как в начале исследования (11,3±0,9 мкмоль/л), так и через 12 месяцев (15,1±1,3 мкмоль/л) уровень гомоцистеинемии значительно превышал таковой в группе с благоприятным течением патологии на 29,9% (8,7±0,6 мкмоль/л, p<0,05) и 112,7% (7,1±0,5 мкмоль/л, p<0,01) соответственно. Уровень гомоцистеина в динамике наблюдения у больных ХСН с неблагоприятным течением заболевания существенно превышал (в 1,3 раза) исходный показатель (15,1±1,3 мкмоль/л против 11,3±0,9 мкмоль/л соответственно, p<0,01). У пациентов с благоприятным течением заболевания в динамике отмечалось снижение (в 1,2 раза, p<0,05) экспрессии гомоцистеина по сравнению с начальным периодом наблюдения.

Заключение. Гипергомоцистеинемия играет важную роль в патогенезе развития и прогрессирования ХСН у больных ИБС. Определение уровня гомоцистеина в сыворотке крови не только позволяет оценить тяжесть СН, но и определить прогноз течения патологии.

0803

ОСОБЕННОСТИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СО СТОЙКИМ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭКГ

Шимкевич А.М.,Габинский Я.Л., Перминов М.Г.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», г Екатеринбург, Россия

Целью исследования являлось выявление особенностей реперфузионной терапии у пациентов старческого возраста с ОКСпST.

Материалы и методы: больные были разделены на 3 группы:

- 34 больным выполнялась только фармакологическая реперфузия тромболитической терапией на догоспитальном или госпитальном этапе с положительной ЭКГ динамикой к 3-му часу (группа ТЛТ);
- 34 больным выполнена первичная ЧТКА со стентированием или ангиопластикой ИСКА (группа первичной ЧТКА);
- 34 комбинация фармакологической и катетерной реперфузии (группа ФИС).

Полученные результаты:

В группе первичной ЧТКА проходимость ИСКА к началу проведения манипуляции имела место у 9 пациентов, после вмешательства у 31 больного (p<0,001,95%ДИ [-0,88 — -0,41]), в группе ФИС у 22 и 31 соответственно (p=0,017,95%ДИ [-0,46 — -0,07]).

Наибольшей частота исходно нормального кровотока была в группе ФИС (38,2% сосудов со 2-3 степенью по TIMI), наименьшей — в группе первичной ЧТКА (8,8% сосудов со 2-3 степенью по TIMI) (p = 0,01, 95%ДИ [0,09 — 0,50]). После проведения ЧТКА значимых различий по степени кровотока между группами исследования не было.Самыми распространенными клиническими осложнениями были аритмические осложнения, реже всего они встречались в группе успешной ТЛТ, чаще в группах ЧТКА.

Частота развития госпитальных осложнений в группах пациентов с ЧТКА, таких как острая сердечная недостаточность после проведения реперфузионной терапии, повторный ИМ, фатальные кровотечения, цереброваскулярные осложнения не имела значимых различий. В группе ФИС значимо чаще (в 14 случаях), чем в группе первичной ЧТКА (в 4 случаях), встречались периферические осложнения в месте пункции бедренной артерии (p = 0,012, 95%ДИ [0,08-0,50]).Выживаемость пациентов группы ТЛТ на госпитальном этапе была 82,4%, что меньше, чем в группах с ЧТКА, где выживаемость на госпитальном этапе составляла 91,2%, а годовая выживаемость была незначительно лучше в группе первичной ЧТКА — 85,3%, при82,4% в группе ФИС. В группе успешной ТЛТ годовая выживаемость составила 73,5%. Показатели летальности от ССЗ самыми высокими были в группе успешной ТЛТ — 17,6% госпитальная и 23,5% годовая.Годовая летальность от ССЗ в группах с ЧТКА была одинаковой и составила 11,8%.

Выводы:

1. Пациенты подвергнутые ЧКВ имели схожие показатели годовой летальности от сердечно- сосудистой патологии вне зависимости от предшествующей ТЛТ.

2. Пациенты после ТЛТ не подвергнутые ЧКВ имели большие показатели как госпитальной, так и годовой летальности.

3. Пациенты группы ФИС имели значимо большее число осложнений в месте пункции бедренной артерии.

0804

5-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМИ БИФУРКАЦИОННЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Шугушев З.Х., Максимкин Д.А.

НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», Москва

Кафедра сердечно — сосудистой хирургии ФПК МР РУДН, Москва

Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН, Москва

Цель: изучить отдаленные результаты вмешательства у больных с истинными бифуркационными стенозами коронарных артерии

Материалы и методы: в исследование вошли 240 пациентов. Критерии включения в исследование: «истинный» бифуркационный стеноз; диаметр боковой ветви не менее 2,0 мм; стабильная стенокардия напряжения III-IV функционального класса. Исследование состояло из двух этапов. На I этапе всем больным проводилась коррекция бифуркационных стенозов по методике «provisional T». На II этапе исследования тактика эндоваскулярного лечения планировалась на дооперационном этапе. Всем больным стентирование бифуркаций коронарных артерий проводили только стентами с лекарственным покрытием. Конечные точки: рестеноз и тромбоз в стенте по данным цифровой ангиографии через 12 месяцев после операции; наличие сердечно — сосудистых событий (смерть, инфаркт миокарда, повторная операция).

Результаты: на I этапе в исследование вошли 70 больных. У 9 пациентов (12,8%), понадобился переход на «полное» бифуркационное. Технический успех процедуры составил 100%, госпитальная выживаемость также составила 100%. Частота сердечно — сосудистых осложнений составила 0%. Факторами риска развития интраоперационных осложнений, требующих перехода от «простой» тактики «провизионного Т — стентирования», к тактике «полного» бифуркационного стентирования являются: угол бифуркации менее 700; длина поражения боковой ветви › 2,1мм; сахарный диабет 2 типа; наличие кальциноза основной и боковой ветвей; диаметр боковой ветви › 2,3 мм; возраст пациентов старше 61 года; женский пол. На II этапе, больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 132 пациента, которым выполнялась запланированная коррекция поражений при помощи стратегии «одного» стента (1А — 77 пациентов, у которых выполнялась финальная ангиопластика и 1В — 55 пациентов, без финальной ангиопластики, но с защитой боковой ветви бифуркации). Во 2 группу, вошли 38 больных, которым проводили запланированную коррекцию с использованием стратегии двух стентов. Анализ результатов стентирования в группе 1 показал одинаковую эффективность в обеих подгруппах. При сравнении результатов I и II этапов исследования выявлено, что на II этапе отмечается уменьшение времени рентгеноскопии, что в среднем составило 22,23±15,46 и 21,15±14,32 минуты соответственно (p=0,043) и количества использованного контрастного вещества — соответственно 235,12±24,43 и 195,42±38,32 мл (p=0,035). В отдаленном периоде выживаемость больных составила 97,47%. Нефатальный инфаркт миокарда развился в общей сложности у 15 (6,25%) пациентов из 240. Рестеноз боковой ветви составил 2,08%, в основном в группе «одного» стента. Частота рестеноза в основной артерии составила 0%. У 2 больных (0,8%) подтвержден поздний тромбоз стента, вследствие перелома стента. Отмечается тенденция к увеличению частоты MACE у больных из группы «двух стентов», по сравнению с больными из группы «одного стента», которая составила 10,64 и 5,24%, соответственно, p=0,172). У пациентов из 2 группы наблюдалось достоверное увеличение глобальной сократимости миокарда, по сравнению с больными, у которых использовали стратегию «одного» стента (59,10±4,44 и 57,34±4,91% соответственно; p<0,05).

Заключение: совокупность полученных результатов свидетельствует о том, что дифференцированный подход к отбору и лечению больных с бифуркационными стенозами коронарных артерий, способствует достижению высокая степени эффективности и безопасности эндоваскулярного лечения в отдаленном периоде.

0805

ВОПРОСЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ВАХТЫ В ЗАПОЛЯРЬЕ

Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С., Гапон Л.И., Губин Д.Г., Белозерова Н.В., Пошинов Ф.А.,. Керцман Я.И.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; Филиал «Медико-санитарная часть», ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», Ямбург, Россия

Цель: изучить приверженность лечению у работников межрегиональной вахты (работающих в режимах 1:1 и 2:1 с отдыхом в базовых городах Москва, Тюмень, Уфа) с АГ II стадии, 1 и 2 степени в условиях ведомственной МСЧ, расположенной за Полярным Кругом в пос. Ямбург (Ямало-Ненецкий автономный округ, Надымский район).

Методы исследования: в рамках научно — исследовательской программы по данным опроса изучена антигипертензивная терапия (АГТ) и приверженность лечению у 294 пациентов в возрасте 20 — 59 лет. Средний возраст обследованных 46,0±6,0 лет, длительность стажа работы вахтой — 12,2± 4,7лет, среднее офисное АД — 157,5±13,7 и 106,7±8,8 мм рт.ст., средняя длительность заболевания — 6,4 ±5,7 лет. Стадия АГ, степень повыше-

ния АД и стратификация больных по группам риска устанавливалась на основании рекомендаций ВНОК (2008 -2010 г.) с учетом данных амбулаторных карт и офисного АД.

Результаты: благодаря действующей программе профилактики ССЗ, проводимой медицинской службой ООО «Газпром Добыча Ямбург» и ежегодному медицинскому осмотру, в северной группе знали о наличии АГ практически все обследованные пациенты — 98,6%. Бесплатное обеспечение препаратами в рамках программы позволило 100% обследованных получить АГТ. Несмотря на это, только 49,3% регулярно принимали назначенный им препарат. Из этих 145 человек только у 60,7% клиническое АД было пределах целевого уровня 140 и 90 мм рт.ст. Остальные не лечившиеся 50,7% либо вообще не принимали назначенный им препарат, либо принимали его нерегулярно. Основными причинами нерегулярного лечения были: молодой возраст (почти 90% из 39 обследованных до 35 лет), малосимптомное течение (87%), низкая медицинская грамотность (непонимание опасности осложнений АГ) — 32%, плохая переносимость назначенного препарата — 12%, низкая эффективность из за недостаточной дозы АГП либо неправильного его подбора — 5%, необходимость приема нескольких АГП — 36%. Только 35% из 294 обследованных применяли самоконтроль АД и имели собственные измерители АД. У 87% пациентов ранее проводилось суточное мониторирование АД. Наиболее часто кардиологом применялись препараты группы ИАПФ (27,6%), БАБ (26,6%). БМКК и БРА назначались 18,6% и 13,4% соответственно. В комплексной терапии наиболее часто использовались сочетания «ИАПФ+БМКК» — 9,3% и «ИАПФ+БАБ» — 4,1%; и только 1 пациент (0,3%) принимал БАБ и БМКК

Заключение: медицинской службой ООО «Газпром Добыча Ямбург» проводится серьезная работа по лечению АГ в условиях Крайнего Севера. Несмотря на это, главной проблемой остается недостаточная приверженность лечению, причинами которой являются молодой возраст, низкая медицинская грамотность, малосимптомное течение, прием нескольких препаратов, неэффективность лечения и появление побочных явлений. Необходимо индивидуализировать терапию, сформировать партнерские отношения с пациентами и длительную мотивацию к лечению, что позволит улучшить приверженность лечению.

0806

ПРОГРАММА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Щекотов В.В., Туев А.В., Чудинова Л.Н., Сыромятникова Л.И., Хлынова О.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия

Важную роль в модернизации системы здравоохранения играет врач-терапевт поликлиники, который обеспечивает как качество медицинской помощи, так и приверженность пациентов к лечению. Одним из путей достижения этих целей следует считать программы, направленные на оптимизацию медицинской помощи при определенных нозологических принадлежностях в районе города.

Цель работы: оценить влияние локальных модульных программ на снижение показателей временной утраты трудоспособности, количества госпитализаций при гипертонической болезни (ГБ), ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркте миокарда (ИМ), нарушениях мозгового кровообращения (НМК), сахарном диабете (СД), бронхиальной астме (БА) и язвенной болезни (ЯБ).

Материалы и методы. Программа проводится в соответствии с трехсторонним соглашением между управлением здравоохранения города, медицинской академией и ассоциацией врачей терапевтического профиля Пермского края. Реализация программы осуществлялась в четырех районах г. Перми с населением 701000 человек. Три района стали районами вмешательства, один — районом сравнения. Работа осуществлялась по принципу взаимодействия кафедры терапевтического профиля с определенным районом города. Оценивали показатели временной утраты трудоспособности, количество госпитализаций больных с ГБ, ИБС, ИМ, НМК, СД. Разработана программа и проведен лекционный курс для врачей поликлиник и стационаров района. Проведен курс интерактивного обучения по принципам мастер-класса: разборы и доклады о динамическом ведении больных. Налажена работа школ здоровья для больных ГБ. Ежегодно проводили общественную акцию «День здорового сердца» для населения районов.

Результаты. Через год количество больничных листов в поликлиниках вмешательства уменьшилось при ГБ на 40%, при ИБС на 82%, при НМК на 60%, при СД на 14% и не изменилось при ИМ. В поликлинике сравнения за аналогичный период времени количество больничных листов при ГБ снизилось на 15%, при ИБС на 20%, увеличилось при НМК на 9%, не изменилось при ИМ и СД. Количество госпитализаций в поликлиниках сравнения уменьшилось при ГБ на 24%, при ИБС на 4%, при НМК на 12%. Ни в одной из поликлиник не было

отмечено динамики по количеству госпитализированных с ИМ. Количество госпитализаций больных с СД увеличилось на 19% в поликлиниках вмешательства и на 20% в поликлинике сравнения.

Выводы. Совместная деятельность управления здравоохранения и лечебных учреждений города, медицинской академии и ассоциации врачей терапевтического профиля принесла положительные результаты и требует дальнейшего развития.

0807

ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ЗНАЧИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

В.В. Щёкотов

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования. Охарактеризовать микроальбуминурию (МАУ) и когнитивные функции у больных гипертензией (АГ) на фоне сахарного диабета (СД) 1 типа, осложненного ортостатической гипотензией (ОГ) и определить эффективность венопротектора для коррекции когнитивных нарушений и МАУ.

Материалы и методы. Обследованы 60 больных СД 1 типа в сочетании с АГ. Облигатным условием включения пациентов в исследование являлось наличие ОГ. Проводилась ортостатическая проба по Schellong. МАУ оценивали с помощью тест-полосок «Micral-Test 11». Нейропсихологическое исследование включало в себя: тесты: тест-MMSE, проба на запоминание 10 слов, тест Спилбергера Ч. Д., Ханина Ю. Л., опросник Бека. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. Больные обеих групп получали интенсифицированную инсулинотерапию и гипотензивную терапию эналаприлом. Дополнительно терапии пациенты второй группы получали венопротектор диосмин (Детралекс, Servier, Франция). Длительность лечения составила 30 дней.

Результаты. При подборе индивидуальной суточной дозы эналаприла у всех больных достигнут целевой уровень АД. Однако, в 1 группе были отмечены побочные эффекты антигипертензивной терапии в виде усиления субъективных признаков постуральной гипотензии). Во второй группе было отмечено достоверное уменьшение субъективных признаков постуральной гипотензии и уменьшение падения САД и ДАД в АОП. При исследовании МАУ в обеих подгруппах до лечения отмечалось достоверное увеличение уровня МАУ в условиях проведения АОП. После курса терапии ингибитором АПФ в 1 группе было зафиксировано достоверное увеличение уровня МАУ в АОП через 1 месяц от начала лечения ($p<0,0001$). Во второй группе было выявлено значительное снижение уровня МАУ ($p<0,001$). При нейропсихологическом тестировании по шкале MMSE у больных АГ на фоне СД 1 типа в сочетании с ОГ показатели находились ниже границы нормы. Корреляционный анализ позволил установить, что степень снижения САД в ортостатической пробе и когнитивные нарушения (шкала MMSE) взаимосвязаны ($r=0,56$, $P=0,009$). После комплексной терапии в группе получавшей комбинированную терапию в сочетании с венотоником при оценке когнитивных функций по шкале MMSE было выявлено увеличение суммарного балла на 1,1 ($p<0,001$), а кратковременной, долговременной вербальной и зрительной памяти. Нормализовалась психоэмоциональная сфера.

Заключение. Ортостатическую недостаточность у больных СД 1 типа следует расценивать как значимый патогенетический фактор повреждения органов-мишеней, который можно корригировать путем проведения венопротекторной терапии.

0808

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ

В.В. Щекотов

Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования: охарактеризовать эффективность комбинированного лечения больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом в сочетании с обструктивным апноэ сна (ОАС) различной степени тяжести.

Материал и методы. Обследованы 80 больных в возрасте 49,6 года. У всех пациентов отмечено наличие критериев метаболического синдрома (NCEP ATPIII). Кардиореспираторное мониторирование производилось с помощью скрининговой системы Breas SC 20 (Швеция), суточное мониторирование АД- регистратором фирмы ООО «Петр Телегин» (Россия). Содержание компонентов липидного спектра, глюкозы натощак, гликированного гемоглобина, С-пептида, инсулина, мочевой кислоты определяли общепринятыми методами. Сердечно-сосудистый риск оценивали по шкале PROCAM. Проводилась ступенчатая антигипертензивная терапия: 1 ступень — лизиноприл 10 мг, 2 — лизиноприл 20 мг, 3 — индапамид 1,5 мг, 4 — бисопролол 5-10 мг. Переход ко второй и последующим ступеням лечения осуществляли при недостижении целевого АД в течение месяца. Коррекция дислипидемии проводилась симвастатином в дозе 20 мг. Терапия положительным давлением в дыхательных путях не проводилась. Продолжительность лечения составила 2 года. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета программ «Microsoft Excel 2003», «Biostat», «Statistica 6.0Rus».

Результаты. У всех обследуемых наблюдалась положительная динамика показателей АД. Наихудшие показатели отмечены у пациентов с тяжелым обструктивным апноэ: при лечении по трехкомпонентной программе целевое САД было достигнуто лишь у 12 % больных с тяжелым ОАС, тогда как при легком течении синдрома аналогичный показатель был 72 %. Для ДАД отмечена аналогичная закономерность: 17 % пациентов при тяжелом течении и 64 % при легком течении ОАС достигли целевого уровня давления. Во всех группах наблюдалось улучшение показателей липидного спектра. При этом отсутствовали достоверные различия динамики показателей липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов, индекса атерогенности ($p>0,05$) в группе с тяжелым апноэ. Достижение целевых уровней липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в группе легкого апноэ составило 60 %, в группе тяжелого 12 %, достижение уровня холестерина ЛПВП — 29% и 0% соответственно. Минимальные изменения инсулинорезистентности отмечены в группе тяжелого апноэ. В наименьшей степени снизилась инсулинорезистентность при тяжелом течении ОАС. Низкий уровень сердечно-сосудистого риска достигнут лишь в группе ОАС легкой степени.

Выводы. При тяжелом ОАС наблюдается резистентность АГ и дислпидемии к проводимой терапии. Сохраняется высокий уровень сердечно-сосудистого риска.

0809

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРЫ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Щербакова О.А., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Чистякова М.В.

ГБОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: проанализировать некоторые клинические и лабораторные особенности заболевания у больных первичной подагрой с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследовано 117 больных первичной подагрой, средний возраст которых составил 42 [34; 46] года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace, 1977. Мочевую кислоту (МК) сыворотки крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с использованием реакции с уриказой («HUMAN», Германия). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществляли с помощью аппарата «АВРМ» фирмы «Meditech» (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Всем пациентам проводилось тщательное общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту.

Результаты: на основании показателей СМАД были выделены 2 группы пациентов: 1-я — с нормальным уровнем АД (18 мужчин, возраст которых составил 41,5 [36,0; 48,5] лет), и в сочетании с АГ (99 мужчин) — 2-я группа (51,0 [45,0; 54,0] год). Выявлено, что больные первичной подагрой с АГ отличались более длительным течением заболевания (8,0 [5,0; 15,0] и 3,0 [2,0; 4,0], соответственно, ($p<0,05$)). Пациенты 2-й группы имели более высокий уровень МК сыворотки крови по сравнению с больными 1-й группы (522,0 [464,0; 610,0] и 476,0 [426,0; 514,0] мкмоль/л, соответственно, ($p<0,05$)). Медиана вовлеченных в воспалительный процесс суставов у пациентов с подагрой с АГ составила 5,0 [2,0; 7,0], что превышало таковую у больных подагрой с нормальным АД (2,0 [1,0; 2,0]), ($p<0,05$). У пациентов 1-й группы АТФ уменьшалось в 1,3 раза, а у больных 2-й — в 2,1 раза по сравнению с контролем. В свою очередь, показатели АТФ у лиц с наличием АГ снижались на 37% по сравнению с группой нормотоников ($p<0,05$). Уровень АДФ в эритроцитах крови пациентов

с подагрой 1-й и 2-й групп был меньше на 16% и 23%, соответственно, при этом внутри исследуемых групп была выявлена статистически значимая разница (p<0,05). Уровень АМФ у всех больных подагрой превышал показатель контроля на 29% и 112%, соответственно, при этом выявлены статистически значимые различия среди исследуемых групп (p<0,05). Установлено, что содержание НЭЖК в плазме крови в 1-й группе было на 45%, а во 2-й группе — на 85% выше, чем у здоровых лиц, при этом различия между группами были статистически достоверными (p<0,01). Уровень глицерола у пациентов в 1-й и 2-й группах был снижен на 32% и 40% по сравнению с контрольной группой, соответственно (p<0,01), группы больных также различались между собой (p<0,01). Коэффициент НЭЖК/глицерол в 1-й группе был увеличен на 76% по сравнению с контрольной группой, а во 2-й группе он был в 3 раза выше, чем у нормальных лиц и на 70% больше, чем у больных с нормальным артериальным давлением (P<0,01).

Выводы: таким образом, у больных первичной подагрой в сочетании с АГ выявлены наиболее выраженные клинические признаки заболевания и уровень урикемии, а также максимальные сдвиги в системе АТФ-АДФ-АМФ и нарушения утилизации жирных кислот миокардом.

0810

КОРРЕКЦИЯ ВОСПАЛЕНИЯ, ЭНДОТОКСЕМИИ И НИТРОЗИЛИРУЮЩЕГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Щукин Ю.В., Медведева Е.А.; ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава России

Цель: оценить влияние аторвастатина на основные показатели воспаления, эндотоксемии, нитрозилирующего стресса и частоту кардиальных осложнений у пациентов с атеросклерозом при выполнении сосудистых реконструкций.

Методы. В исследование было включено 122 пациента с атеросклерозом (средний возраст 58,5±2,3) с установленными показаниями к выполнению бифуркационного аортобедренного шунтирования (БАБШ). Проводилось общеклиническое обследование пациентов, в плазме крови определяли содержание интерлейкина-6 (ИЛ-6), 3-нитротирозина иммуноферментным методом, эндотоксемию оценивали по концентрации тирозинсодержащих пептидов (ТЗП). Пациенты были рандомизированы на 2 группы: 1 — 60 пациентов, получавших аторвастатин в дозе 10 мг в сутки, 2 — 62 пациента, получавших аторвастатин 60 мг в сутки в течение 14 дней перед операцией. Группы были сопоставимы по исходным клинико-лабораторным показателям и сопутствующей лекарственной терапии. Все показатели определяли исходно, после лечения, в 1-е и 15-е сутки после операции. Контрольную группу составили 35 обследуемых (средний возраст 56,8 ±2,5) без клинико-инструментальных признаков атеросклероза.

Результаты. У пациентов обеих групп по сравнению с контрольной исходно отмечалось достоверное повышение концентрации ИЛ-6 на 47,3% (p<0,01), эндотоксемии на 52,6% (p<0,01), 3-нитротирозина на 25% (p<0,01). После лечения во 2 группе наблюдалось снижение уровня 3-нитротирозина на 22% (p<0,001), ИЛ-6 на 23,5% (p<0, 001), ТЗП на 33,3% (p<0,001), в 1 группе достоверных изменений показателей не отмечалось. В 1 сутки после операции определялась значимая активация процессов воспаления, эндотоксемии и нитрозилирующего стресса в обеих группах пациентов, но при межгрупповом сравнении уровень ИЛ-6, ТЗП и 3-нитротирозина во 2 группе был достоверно ниже, чем в 1 (p<0,01). На 15 сутки послеоперационного периода уровень ИЛ-6 во 2 группе был достоверно ниже показателя в 1-й на 18% (p<0,01), содержание 3-нитротирозина ниже на 22 % (p<0,01), ТЗП на 35,7% (p<0,01). Общая частота послеоперационных кардиальных осложнений в 1 группе превышала таковую во 2 на 11% (p=0,03).

Выводы. Высокодозовая терапия аторвастатином достоверно уменьшает активность воспаления, эндотоксемии, нитрозилирующего стресса и снижает частоту послеоперационных кардиальных осложнений у пациентов с атеросклерозом как в пред-, так и в послеоперационном периоде сосудистых реконструкций.

0811

ВЛИЯНИЕ ЭКВАТОРА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Эзиляева М.Р., Атаева З.Н., Магомедов А.З., Кудаев М.Т., Казанбиев Н.К., Ахмедова Д.А.,

Османова А.В., Амбоян А.С.

ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала, Россия

Цель: изучение эффективности и возможности применения низкодозовой комбинации ингибитора ангиотензинпревращающего фермента лизиноприла и антагониста кальция амлодипина в составе препарата «Экватор» («Gedeon Richter», Венгрия) в комплексной терапии ХЛС у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией.

Методы исследования: под наблюдением находилось 38 пациентов с ХЛС и артериальной гипертензией 2 степени в возрасте от 52 до 68 лет с давностью заболевания от 5 до 15 лет. Основную группу составляли 20 пациентов, получавших традиционное лечение в сочетании с комбинированным препаратом Экватор (амлодипин 5 мг, лизиноприл 10 мг) в течение всего периода нахождения в стационаре. В контрольной группе (18 человек) проводилась только традиционная терапия, а коррекция артериальной гипертензии осуществлялась монотерапией амлодипином в дозе 5 мг. Эффективность лечения оценивали по клинической картине, функции внешнего дыхания, показателям системной и внутрисердечной гемодинамики.

Полученные результаты: в результате лечения у всех пациентов отмечено достижение целевых уровней артериального давления, улучшение вентиляционных показателей, снижение легочного артериального давления. Однако, в группе больных, дополнительно получавших «Экватор», вышеуказанная динамика была более выраженной, причем отмечено статистически достоверное снижение давления в легочной артерии по сравнению с группой контроля. Кроме того, корригирующее влияние препарата на внутрисердечную гемодинамику проявлялось в увеличении фракции выброса, уменьшении размеров и объемов полостей сердца, преимущественно правых. Случаев системной гипотонии в обеих группах зарегистрировано не было.

Выводы: полученные результаты лечения свидетельствуют об эффективности и целесообразности использования комбинированного препарата «Экватор» в комплексной терапии у пациентов с ХЛС и сопутствующей артериальной гипертензией в целях профилактики прогрессирования правожелудочковой сердечной недостаточности и замедления процессов ремоделирования миокарда.

0812

К ВОПРОСУ ОБ БЕЗОПАСНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Д.С. Юневич, С.Б. Аксентьев, Л.В. Денискина, Е.А. Юневич,[1] Ю.М. Копылова[2]

ГБУ РО «ОКБ», [1]ГБУ РО «ГКБСМП», [2]ГБОУ ВПО «РязГМУ» Минздрава России, г. Рязань

Цель: Проанализироватьбезопасность использования тромболитикаальтеплазы в лечении острого коронарного синдрома (ОКС) у больных пожилого и старческого возраста.

Методы исследования: Обследованы 95 пациентов обоего пола в возрасте старше 18 лет, поступившие в стационары г. Рязани, которым проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ)альтеплазой по поводу ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ в течение первых 12 часов от развития заболевания. Все пациенты разделены на 3 группы по возрастному признаку.Группа А — пациенты моложе 60 лет, 34 человека(28 мужчин и 6 женщин), средний возраст 50,2±2,1 лет; группа В — пациенты от 60 (включительно) до 75 лет, 39 человек (24 мужчины и 15 женщин), средний возраст 68,7±1,5 лет; группа С — пациенты 75 лет и старше, 22 человека (9 мужчин и 13 женщин), средний возраст 79,34±1,7 лет.В качестве критерия безопасности оценивалась 28-суточная летальность.

Полученные результаты: Достоверно увеличивается доля женщин в старших возрастных группах. В группах В и С с повышенной частотой встречаются время «симптом-игла» ›6 ч, передняя локализация поражения, артериальная гипертензия (АГ). В группе С дополнительно наблюдаются повышенные уровни КФК и креатинина крови при более редких наследственной отягощенности и избыточной массе тела. Отмечается стойкая тенденция к увеличению уровня 28-дневной смертности по мере старения пациентов: 5,88%, 7,69% и 27,27% в группах А, В и С соответственно, при p‹0,05 в группе С. Доля умерших в течение 28 суток после ТЛТ женщин 75 лет и старше составила 46,15%, что превышало летальность женщин в двух других группах и летальность мужчин (p‹0,05). Наличии разных ФР в группе С увеличивает частоту неблагоприятных исходов с p‹0,05 или 0,01 (избыточная массатела, сахарный диабет или НТГ, передний ИМ, АГ, повышение КФК). Исключение составляет наличие ФВ левого желудочка по данным УЗИ сердца менее 45%, при которой смертность выше в группе А и

близка к нулю в группе С (p>0,05).Смертность на фоне ТЛТ при 0 или 1 ФР во всех группах оказалась нулевой, в то время как присутствие 2 ФР в группах А и С коррелировали с 50% и 100% летальностью соответственно. Наличие же 3 и более ФР прогрессивно уменьшало выживаемость в старшем возрасте с уровнями p<0,01 — в группе В и p<0,05 — в группе С.

Выводы:Имеется тенденция к росту 28-дневной летальности пациентов с ОКС пожилого и старческого возраста при проведении ТЛТ альтеплазой, которая сохраняется и при гендерном анализе (p<0,05). В возрасте 75 лет и старше женская смертность достоверно преобладает над мужской. Повышение летальности у стариков достоверно наблюдается при наличии определенных ФР. С уровнями вероятности более 95% увеличивают смертность при ТЛТ в старческом возрасте одновременное существование у пациентов 2 или 3 и более ФР.

0813

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ДИНАМИКИ ТЕРАПИИ ИАПФ, АРА И β-АБ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Юрченко А.В., Трукшина М.А., Ситникова М.Ю., Лясникова Е.А.

ФГБУ «ФЦСКиЭ им. В.А .Алмазова», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель исследования. Анализ соответствия доз препаратов общепринятым рекомендациям, особенности титрования дозы и её зависимость от пола у пациентов с ХСН на стационарном этапе лечения.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 43-х пациентов моложе 75 лет (31 мужчины, средний возраст 53,3±12,5 лет и 12 женщин, средний возраст 55,3±11,6 лет) с ФВлж менее 40% (26,3±6,4%), госпитализированных в кардиологический стационар с ХСН II-IV ФК. В группах мужчин и женщин оценивалась исходная терапия и динамика медикаментозной терапии иАПФ/АРА и β-АБ за время пребывания в стационаре.

Результаты. Среди мужчин пациенты с ХСН II ФК составляли 38,7%, III ФК — 45,2%, IV ФК — 16,1%. Среди женщин — 16,7%, 50%, 33,3% соответственно.

Мужчины с ХСН II-IV ФК при поступлении в стационар получали иАПФ/АРА в дозах, составлявших 4,17-100% (в среднем 30,7%) от рекомендованной при ХСН. При этом 6 человек (19,4%) не получали терапии данными препаратами. За время госпитализации титрование дозы проведено у 19,4%, доза не увеличивалась у 41,9%, а у 35,5% больных дозы иАПФ/АРА к выписке уменьшились (в особенности у 80% больных ХСН IV ФК). У 9,7% иАПФ были заменены на АРА.

Дозы β-АБ у мужчин при поступлении составляли 6,25-100% от целевой (в среднем 56,6%). При этом целевую дозу исходно получали 7 человек (22,6%). В стационаре титрование дозы проводилось у 40% больных. К выписке доза β-АБ у мужчин составила в среднем 64,3% от рекомендованной. Увеличение дозы β-АБ мужчинам с ХСН IV ФК проведено в 80% случаев.

У женщин с ХСН II-IV ФК на момент госпитализации терапия иАПФ/АРА проводилась в дозах, составлявших 8,33-100% (в среднем 41,2%) от рекомендованной при ХСН, 25% не получали терапии данными препаратами. За время госпитализации титрование дозы проведено у 41,7%, доза не увеличивалась у 25%, а у 33,3% больных дозы иАПФ/АРА к выписке уменьшились. В 58,3% случаев иАПФ был заменён на АРА. При ХСН IV ФК предпочтения отдавались АРА.

Терапия β-АБ у женщин при поступлении в стационар проводилась в объёме 12,5-100% от рекомендованной дозы (в среднем 51,1%), целевую дозу исходно получал 1 человек (8,3%). В стационаре титрование дозы проводилось у 66,7% больных. К выписке доза β-АБ у женщин составила в среднем 59,7% от рекомендованной. Всем женщинам, больным ХСН IV ФК проведено увеличение дозы β-АБ.

Выводы. 1. Большинство пациентов с ХСН независимо от пола при поступлении не получают целевые дозы основных препаратов, мужчины в 3 раза чаще получают целевые дозы β-АБ.

2. В стационаре титрование дозы иАПФ/АРА и β-АБ успешнее проводилось у женщин, однако, при выписке не выявлено значимых различий по % от целевых доз. У женщин предпочтения отдавались назначению АРА, из-за побочных явлений или коморбидности.

3. Большинству пациентов с ХСН IV ФК проведено титрование доз β-АБ.

0814

NT-PROBNP СОХРАНЯЕТ ЗА СОБОЙ ПОЗИЦИИ ПРЕДИКТОРА ДИНАМИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Яковлева А.С., Алексеева М.А., Миролюбова О.А., Антонов А.Б., Моногарова Ю.Ю.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель. Оценить динамику и предикторную роль NT-proBNP в сравнении с другими биомаркерами сердечной недостаточности (СН) (галектин-3 — Gal-3, растворимый Fas-рецептор — sFas) у пациентов с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СФВЛЖ) в раннем периоде после АКШ без ИК.

Методы исследования. 30 пациентов в возрасте 57,9±4,7 г. (76,7% мужчин) с СН-СФВЛЖ, перенесших АКШ без ИК, были включены в исследование. Исходная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составила 91,1±22,9 мл/мин/1,73м2, исходная ФВ — 57±8%. Уровни СКФ (формула MDRD), NT-proBNP, Gal-3 и sFas (метод ИФА) были измерены до АКШ без ИК, через 48 часов и 7 дней после операции. ЭХО-КС с расчетом индекса массы миокарда ЛЖ (иММЛЖ) выполнялась до операции и через 7 дней.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде уровень СКФ изменился не значимо: 103,5±47,6 через 48 часов и 98,2±39,0 мл/мин/1,73м2 через 7 дней (p=0,460). У 10 пациентов (33,3%) наблюдалось снижение СКФ к 7 дню после АКШ без ИК. Отмечено увеличение ФВ до 63±6% (на 5,5%, 95%ДИ 7,6–3,4%, p<0,001) и снижение иММЛЖ от 70,7±18,1 до 63,1±19,5 г/м2,7 (на 7,6 г/м2,7 95%ДИ 1,2–13,9 г/м2,7, p=0,001) через 7 дней после АКШ. Предикторами иММЛЖ на 7 сутки после операции оказались исходные уровни NT-proBNP (p=0,041) и креатинина (p=0,019) в комбинации с отношением СКФисходная/СКФ7 дней (p=0,043): F(3,26)=4,46, p=0,012. ФВ и иММЛЖ после АКШ без ИК коррелировали с минимальным уровнем СКФ раннего послеоперационного периода (ρS=0,477, p=0,008, и ρS=-0,429, p=0,018, соотв.). Частота ФК СН (NYHA) до операции: 1 ФК — 4 (13,3%), 2 — 14 (46,7%), 3 — 8 (26,7%), 4 — 4 (13,3%), — значимо не изменилась после нее, при этом случаев 4 ФК не было (χ^2=10,16, p=0,254). Исходные уровни биомаркеров составили: NT-proBNP 62,0 (42,0; 71,5) пг/мл, Gal-3 12,8 (3,5; 28,9) нг/мл, sFas 44,5 (32,2; 77,7) нг/мл. Не выявлено значимой динамики Gal-3 после АКШ: (10,7 (4,9; 18.3) через 48 часов и 12,8 (3,5; 28,9) нг/мл через 7 дней, p=0,636). Однако изменения NT-proBNP (99,1 (59,0; 293,4) и 62,0 (42,0; 71,5) пг/мл, p<0,001) и sFas (30,6 (21,5; 40,9) и 44,5 (32,2; 77,7) нг/мл, p<0,001) в тех же точках были значимы. Пациенты с исходной СКФ<60 мл/мин/1,73м2 имели большее повышение уровня NT-proBNP через 7 дней после АКШ без ИК от 46,6 (42,6; 50,5) до 205,8 (67,5; 344,1) против от 47,2 (33,4; 59,7) до 61,6 (42,0; 68,8) пг/мл при СКФ>60 мл/мин/1,73м2, p<0,001. Методом ROC-кривых определена предикторная роль уровня NT-proBNP (68,0 пг/мл) на 7 сутки для 3 ФК СН (NYHA) после АКШ без ИК: площадь под кривой 0,819±0,088, p=0,007, чувствительность 70%, специфичность 87,5%. Хотя NT-proBNP и sFas коррелировали между собой (ρS=0,404, p=0,033), роль sFas в качестве предиктора 3 ФК СН не была значимой.

Выводы. Среди множества биомаркеров NT-proBNP играет роль предиктора СН у пациентов с СФВЛЖ, что особенно ценно в связи со сложностью ее прогнозирования после АКШ без ИК, и ассоциирован с функцией почек.

0815

ОЦЕНКА РЯДА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Яковлев А.В., Андрюшина Н.А., Пономарев С.В., Яковлева Н.Ф., Туров А.Н.

НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД», Новосибирск, Россия; ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Новосибирск, Россия; ФГУ «Новосибирский Научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени Е.Н. Мешалкина», Новосибирск, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка ряда показателей суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС), а также динамика этих параметров на фоне аппарат-

ной CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) терапии.

Методы исследования. Объектом исследования были 76 пациентов (28 женщин, 49 мужчин) с СОАС. Характеристика обследуемой выборки следующая: возраст 53±5,11 лет, ИМТ 37,3±5,15 кг/м2, средняя сатурация (SpO2) 90,33±4,51%, минимальная SpO2 74,22±6,16%, индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) 29,49±4,7 в час. В ходе исследования выраженности обструктивных нарушений дыхания во сне все пациенты были разделены на 2 группы: первая с СОАС легкой и среднетяжелой формы (ИАГ ≤30 в час, 28 человек), вторая с СОАС тяжелой формы (ИАГ›30 в час, 48 человек). Кардиореспираторный мониторинг был проведен с помощью диагностической системы «Кардиотехника — 3-04-Р(Н)» (производство «Инкарт», Россия). При этом проводилась оценка вариабельности сердечного ритма с последующей автоматической обработкой данных и оценкой отдельных параметров — циркадного индекса (ЦИ) и SDNN — стандартного отклонения NN-интервалов за период наблюдения 24 ч, а также учитывалась частота желудочковых эктопий с оценкой по классификации Ryan. В дальнейшем 38 пациентам с СОАС тяжелой степени была начата аппаратная CPAP-терапия. Через 4 месяца от начала терапии пациентам вновь был проведен кардиореспираторный мониторинг с повторной оценкой указанных выше параметров.

Результаты и выводы.. По данным суточного мониторирования ЭКГ, в группе легкого и среднетяжелого СОАС, желудочковые эктопии высокого риска (III-V класс по Ryan) присутствовали у 44% пациентов, а вариабельность ритма сердца среди них (по SDNN, мсек) и ЦИ составляли 256±12 мсек и 1,26 соответственно. В группе тяжелого СОАС желудочковые эктопии высокого риска наблюдались у 70% пациентов, вариабельность ритма сердца в данной группе и ЦИ составили 168±18 мсек и 1,12 соответственно. При оценке желудочковой эктопической активности по классификации Ryan отмечалась тенденция к уменьшению вариабельности сердечного ритма и ЦИ у пациентов с более выраженными обструктивными нарушениями дыхания во сне. Изучение динамики исследуемых факторов риска у пациентов с тяжелым СОАС на фоне аппаратной CPAP-терапии выявило тенденцию к уменьшению желудочковой экстрасистолии и увеличению вариабельности сердечного ритма. Выявленные ассоциации связаны, вероятно, с развитием электрической нестабильности миокарда в условиях периодической гипоксемии, и ее устранением на фоне CPAP-терапии.

0816

ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ ВАРФАРИНА

Яковлева Е.В., Кипаренко Ю.О., Сергеева В.А.

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

Пациентам с фибрилляцией предсердий (ФП) для снижения риска тромбоэмболических осложнений, в первую очередь, мозгового инсульта, показаны непрямые антикоагулянты (класс рекомендаций I, уровень доказательств А). Несмотря на доказанность пользы терапии непрямыми антикоагулянтами, до настоящего времени эти препараты не получили широкого внедрения в практику лечения больных ФП. Для выяснения позиции врачей в оценке низкой частоты назначения варфарина проанкетированы 30 кардиологов Областной клинической больницы, городских стационаров и поликлиник, 19 терапевтов поликлиник. В ходе анкетирования проведен сбор информации о частоте назначения варфарина больным ФП, схемах лечения, частоте развития побочных явлений, причинах, ограничивающих назначение варфарина в реальной клинической практике.

По результатам исследования, опыт работы с варфарином имеют 87% проанкетированных кардиологов и 39% терапевтов. Постоянный прием препарата рекомендуется кардиологами в 80% случаев, терапевтами только в 10,5%. 43% кардиологов и 84,2% терапевтов отмечают, что на практике целевой уровень МНО чаще не достигается. Большинство врачей на сегодняшний день не имеют долговременного опыта использования препарата. Так, у 30,3% врачей (6 кардиологов, 4 терапевта) средний период наблюдения за больными, принимающими варфарин, не превышает одного года. У 39,4% врачей (11 кардиологов, 2 терапевта) под наблюдением находятся больные с продолжительностью непрерывного лечения варфарином от одного года до двух лет. Только 30,3% врачей (9 кардиологов, 1 терапевт) наблюдают больных, принимающие варфарин два года и более. Из побочных реакций наиболее часто встречаются малые геморрагические осложнения (57,6%), реже макрогематурия (3%), аллергические реакции (6%). В практике 24% врачей побочных реакций не отмечалось. 16 проанкетированных врачей (32,6%) не используют варфарин в лечении пациентов с ФП. Основными причинами отказа от назначения препарата явились сложности лабораторного контроля (68,8%), прежде всего для сельских жителей, и сложности подбора индивидуальной эффективной дозы препарата (48%). Из-за опасения развития побочных эффектов не назначают препарат два врача. По мнению трех врачей, о препарате мало информации; четыре терапевта считают, что назначение варфарина не входит в их компетенцию.

Результаты исследования свидетельствуют о явной недооценке врачами клинической значимости применения непрямых антикоагулянтов в профилактике тромбоэмболических осложнений ФП. Очевидна необходимость преодоления инертности как кардиологов, так и терапевтов в приобретении клинического опыта использования варфарина в эффективных дозах, а также необходимость обеспечения доступности лабораторного контроля, что особенно актуально для пациентов, проживающих в сельской местности. Перспективы достижения эффективной профилактики тромбозов у больных ФП на сегодняшний день во многом связаны и с дальнейшим изучением и внедрением в практику гатранов и ксабанов — препаратов с удобным режимом дозирования, не требующих лабораторного контроля.

0817

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ТЮМЕНИ

Ярков И.В., Остроумова Л.А.

ГБОУ ВПО Тюменская Государственная Медицинская академия Минздрава РФ

ИБС — самая распространенная патология, на долю которой приходится до 50% всех случаев летальных исходов от сердечно-сосудистой патологии. В России среди мужчин 35–64 лет летальность от ИБС составляет 56,6% от общего числа смертей при ССЗ, у женщин того же возраста — 40,4%.

Согласно Российским рекомендациям, разработанным Комитетом Всероссийского научного общества кардиологов (2006), коронарная болезнь сердца (КБС), как хроническое заболевание, имеет периоды стабильного течения и обострения. В настоящее время периоды обострения обозначают как острый коронарный синдром (ОКС), который объединяет в себе клинические состояния — нестабильная стенокардия (НС), инфаркт миокарда (ИМ), включающий не Q-образующий ИМ, мелкоочаговый, микро-ИМ .

Цель работы: Провести анализ методов исследования больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи г.Тюмени в 2011 году.

Методы исследования: Исследование проводилось по материалам статистического бюро Муниципальное медицинское лечебно-профилактическое учреждение Станции скорой медицинской помощи г. Тюмени. Были проанализированы карточки вызова за 2011 г. с основным диагнозом ИБС.

Диагностика ОКС строилась на 4-х основных клинических и параклинических критериях:

- длительности ангинозного приступа ›20’ — 30
- анализе его структуры (усиление, удлинение, учащение болей);
- оценке изменений сегмента ST в сравнительном аспекте;
- в сомнительных случаях проводился тропониновый тест.

Всем больным проводилось клиническое исследование. Был проведен опрос анамнеза жизни, анамнез настоящего заболевания и общий осмотр. Измерение артериального давления проводилось 2 и более раз. Электрокардиограмма в большинстве случаев проводилась однократно, при необходимости проводили повторно 2 и более раза.

Частота обращаемости больных с ИБС на ССМП в 2011 году всего составила 9065. Из них 7822 (86,3%) с НС и 1243 (13,7%) с ИМ

В сложных диагностических (не типичная клиническая картина) случаях проводился тест контроль на наличие тропонина Т в переферической крови. Всего 281 случай (3%). Из них в 188 случаях был поставлен диагноз ОКС, 31случай составили другие заболевания сердца и заболевания ЦНС, в 13 случаях заболевания ЖКТ, и в 5 случаях заболевания бронхо-легочной системы.

Выводы:

1.Основными методами диагностики ОКС на догоспитальном этапе являются: клиническая картина приступа и ЭКГ.

2.Целесообразно применение тест контроля на наличие тропонина Т в переферической крови в сомнительных диагностических случаях.

0818

ВЛИЯНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Ярковская А.П., Трубникова О.А.

ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель. Общепризнанно, что сердечно-сосудистые заболевания, и в частности острый коронарный синдром (ОКС), приводят к снижению такого показателя как качество жизни (КЖ), который является одним из критериев эффективности того или иного вида лечения. Оценка КЖ, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем общего состояния. Целью данного исследования является оценить влияние проведенного чрескожного вмешательства (ЧКВ) на КЖ при динамическом наблюдении, определить факторы, способствующих снижению КЖ.

Методы исследования. В исследование включено 86 пациентов после ЧКВ со стентированием по поводу ОКС. Средний возраст — 51,6 года. Оценка КЖ проводилась с помощью опросника SF — 36 через 7-10 дней после ЧКВ (1 этап), через 12 месяцев после выписки (2 этап) и через 3 года (3 этап). Количественно оценивались следующие показатели: 1) General Health (GH) — общее состояние здоровья, 2) Physical Functioning (PF) — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок, 3) Bodily Pain (BP) — интенсивность боли, 4) Vitality (VT) — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным), 5) Mental Health (MH) — самооценка психического здоровья.

Результаты. Статистически значимыми получены результаты при сравнении показателей КЖ во время стационарного лечения и через 12 месяцев после выписки (p=0,045): больший уровень GH 60 (57;62), PF 71 (67;75), BP 69 (64;74), VT 55 (51;60), MH 68 (64;71) у второго этапа. Это обусловлено рядом психосоциальных (возврат к трудовой деятельности, семье), соматических факторов (отсутствие клиники стенокардии, ХСН). Однако через 3 года наблюдения имеется тенденция к снижению уровня КЖ (p=0,058) по ряду показателей (GH, PF, BP, VT). При детальном анализе выявлено, что эту группу составляют пациенты среднего возраста 63,8 года, преимущественно женщины (75,8%), в 83,7% случаев нетрудоспособные (находящиеся на пенсии).

Выводы. Таким образом, ЧКВ с применением стентирования приводит к улучшению КЖ пациентов в отдаленном периоде наблюдений. При изучении факторов, влияющих на снижение КЖ в течение последующих 3х лет, выявлено несколько наиболее значимых причин: низкая комплаентность к терапии и, как следствие, возникновение рестенозов в стентах; прогрессирование сердечной недостаточности при исходном тяжелом течении ОКС и наличии осложнений; неполная реваскуляризация миокарда; отсутствие должного амбулаторного наблюдения; неудовлетворенность в других сферах жизни. Таким образом, данные о КЖ позволяют осуществить постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии (медикаментозную и немедикаментозную) и интенсивности амбулаторного наблюдения. Все это способствует активному и сознательному отношению больного к лечению, более полноценной реализации лечебных мер и, в конечном счете — дополнительному лечебному эффекту.

0819

ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРЕДИКТОР ОТСУТСТВИЯ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Пушкарев Г.С., Варшавчик М.В.

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

Связь митральной регургитации (МР) с локализацией поражения коронарного русла изучена в основном при острых формах ИБС. Сведения о гендерных особенностях хронической МР у этой категории больных отсутствуют.

Цель: Выявить предикторы отсутствия гемодинамически значимых коронарных стенозов (ГЗКС) у пожилых больных ИБС с типичной стабильной стенокардией.

Методы исследования: Из 16839 пациентов, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной

ангиографии» © с 1991 г. по 2013 г., были отобраны 2911 больных ИБС с типичной стабильной стенокардией без ГЗКС. В зависимости от возраста больные были разделены на группы: 415 пациентов 65 лет и старше и 2496 пациентов моложе 65 лет. Проведено сравнение данных комплексного клинико-инструментального обследования пациентов.

Результаты: Пожилые больные в отличие от пациентов среднего возраста в большинстве были женщинами (54,5 против 37,8%), с реже отягощенной наследственностью по ИБС (4,3 против 10,8%). У пожилых чаще выявляли гипофункцию щитовидной железы (10,0 против 6,4%, p=0,011), III функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения (26,6 против 18,1%) и III класс недостаточности кровообращения по NYHA (26,4 против 11,6%, все p<0,001) при более редких I классах, а инфаркты миокарда в анамнезе у пожилых встречались реже (21,9 против 30,3%, p=0,001). При эхокардиографии у пожилых оказались выше индексы линейных размеров сердца, в том числе правого желудочка и левого предсердия (13,6±1,7 против 12,8±1,6 мм/м и 22,1±2,6 против 20,4±2,4 мм/м^2 соответственно, оба p<0,001). В этой группе реже встречались эхо-признаки рубцовых изменений миокарда (6,1 против 13,0%, p<0,001) и значимо меньше был размер асинергии левого желудочка (2,4±7,2 против 5,0±10,7 %, p<0,001). По данным мультивариантного анализа независимую связь с возрастом больных ИБС с типичной стабильной стенокардией без ГЗКС продемонстрировали гипофункция щитовидной железы (ОШ=1,75; 95%ДИ 1,13 — 2,71; p=0,013), более высокие класс недостаточности кровообращения по классификации NYHA (ОШ=1,64; 95%ДИ 1,27 — 2,10; p<0,001) и функциональный класс стенокардии напряжения (ОШ=1,42; 95%ДИ 1,12 — 1,80; p=0,004), увеличение индексов размеров левого предсердия (ОШ=1,25; 95%ДИ 1,18 — 1,33; p<0,001) и правого желудочка (ОШ=1,11; 95%ДИ 1,02 — 1,22; p=0,017), а также уменьшение размера асинергии левого желудочка (ОШ=0,96; 95%ДИ 0,94 — 0,98; p<0,001).

Выводы: Гипофункция щитовидной железы являлась самым сильным предиктором отсутствия ГЗКС у пожилых больных ИБС с типичной стабильной стенокардией.

0820

РАЗЛИЧИЯ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Пушкарев Г.С., Горбатенко Е.А.

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

Связь митральной регургитации (МР) с локализацией поражения коронарного русла изучена в основном при острых формах ИБС. Сведения о гендерных особенностях хронической МР у этой категории больных отсутствуют.

Цель: Выявить гендерные различия в клинико-функциональных характеристиках больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом и хронической МР по данным регистра проведенных операций коронарной ангиографии.

Методы исследования: Из 15283 пациентов «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» © (1991 г. по 2012 г.) были отобраны 350 мужчин и 53 женщины, больные ИБС с перенесенным Q-волновым инфарктом миокарда (ИМ), зонами асинергии соответствующей локализации по данным эхокардиографии и умеренной или выраженной МР. Клинико-функциональные параметры отобранных пациентов сравнивали в зависимости от пола. В исследование не включали больных с МР до 2 степени, острым инфарктом миокарда, пороками сердца.

Результаты: У женщин уровень гемоглобина был ниже (135,5±11,3 против 148,3±14,2 г/л, p<0,001), курение выявляли реже (9,8 против 62,6%, p<0,001), а гипофункцию щитовидной железы чаще (29,7 против 9,6%, p=0,001). При эхокардиографии у женщин чаще обнаруживали МР 3 степени (17,0 против 9,1%, p=0,038), они демонстрировали большие индексы размера левого предсердия (25,1±2,9 против 23,7±3,2 мм/м^2, p=0,008) и толщины стенки левого желудочка (ЛЖ) (6,0±0,7 против 5,2±0,8 мм/м^2, p<0,001), меньший размер асинергии ЛЖ (28,7±14,7 против 33,5±14,9 %, p=0,036) и большую фракцию выброса ЛЖ (47,3±8,2 против 43,9±9,2%, p=0,013). По локализации постинфарктного кардиосклероза и коронарных стенозов группы не различались. По результатам мультивариантного анализа независимую связь с женским полом продемонстрировали: индекс толщины стенки ЛЖ (ОШ 3,215; ДИ 1,781-5,804; p<0,001), гипофункция щитовидной железы (ОШ 3,070; ДИ 0,994-9,483; p=0,050), индекс массы тела (ОШ 1,17; ДИ 1,042-1,317; p=0,008), курение (ОШ 0,056; ДИ 0,013-0,244; p<0,001) и уровень гемоглобина (ОШ 0,927; ДИ 0,890-0,966; p<0,001).

Выводы: Существуют гендерные различия клинико-функциональных параметров больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом и хронической умеренной или выраженной МР, заключающиеся более выраженном ремоделировании миокарда у женщин.

0821

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Пушкарев Г.С., Мариинских Л.В.

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

Традиционно ишемическую кардиомиопатию связывают с постинфарктным ремоделированием левого желудочка (ЛЖ). Данных о факторах, способствующих развитию дилатации ЛЖ у больных ИБС в отсутствие инфаркта миокарда, недостаточно.

Цель: Выявить факторы, связанные с развитием дилатации левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ИБС без перенесенного инфаркта миокарда.

Методы исследования: Из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» © были отобраны 2443 пациента с ИБС (с гемодинамически значимыми коронарными стенозами по данным коронароангиографии — более 50% просвета артерии) без острого или анамнестического инфаркта миокарда. Были выделены группы: 50 пациентов с конечно-диастолическим диаметром ЛЖ 60 мм и более и 1992 пациента с конечно-диастолическим диаметром ЛЖ менее 55 мм. В исследование не включали женщин, пациентов с нерезко выраженной дилатацией ЛЖ, пороками сердца и неудовлетворительной визуализацией при эхокардиографии.

Результаты: При сравнении клинико-функциональных параметров групп больные с дилатацией ЛЖ были достоверно старше (56,2±6,7года против 54,4±7,9 года, p=0,098), у них чаще встречался сахарный диабет (24,0 против 11,0%, p=0,002), более высокий (III) класс сердечной недостаточности по классификации NYHA (32,7 против 9,9%, p<0,001) и нарушения сердечного ритма (69,2 против 21,9%, p<0,001). При эхокардиографии у этих больных был выше индекс не только размера ЛЖ, но и левого предсердия (23,1±4,6 против 17,5±3,2 мм/м^2, p<0,001), правого желудочка (14,6±3,8 против 12,5±2,3 мм/м^2, p=0,001), а также массы миокарда (184,4±34,8 против 129,4±28,6 г/м^2, p<0,001). При неразличающихся индексах толщины задней стенки ЛЖ (5,2±0,9 и 5,5±1,0 мм/м^2, p=НД) у больных с дилатацией ЛЖ индекс толщины межжелудочковой перегородки был ниже (5,6±0,9 против 6,2±1,3 мм/м^2, p=0,008), так же, как и фракция выброса ЛЖ (41,9±10,3 против 60,7±4,9%, p=0,001). По данным коронароангиографии у пациентов без дилатации ЛЖ чаще встречались значимые стенозы 3-х и более коронарных артерий (37,7 против 24,5%, p=0,050). Мультивариантный анализ выявил независимую связь левожелудочковой дилатации с нарушениями сердечного ритма (ОШ 4,44; ДИ 1,002-19,652; p=0,050), индексом массы миокарда (ОШ 1,03; ДИ 1,020-1,048; p<0,001), фракцией выброса ЛЖ (ОШ 0,75; ДИ 0,682-0,823; p<0,001) и количеством пораженных коронарных артерий (ОШ 0,43; ДИ 0,206-0,903; p=0,026).

Выводы: Дилатация ЛЖ у больных ИБС без перенесенного инфаркта миокарда связана с наличием нарушений сердечного ритма, повышением индекса массы миокарда, снижением фракции выброса ЛЖ и меньшим количеством пораженных коронарных артерий. У больных этой категории коронарный атеросклероз может быть не единственным фактором, ведущим к развитию дилатации ЛЖ.

0822

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЯХ

Ярышева В.Б. Левашов С.Ю.

ЮУрГМУ, г. Челябинск

Цель: изучить частоту развития ОКС у пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий в сочетании с традиционными факторами риска у пациентов с мультифокальным атеросклерозом после реконструкции коронарных и сонных артерий.

Материал и методы: В исследование было включено 40 пациентов (мужчин — 38 (95%), женщин — 2 (5%)) с ИБС, стабильной стенокардией I-IV ФК, с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарных и сонных артерий. Средний возраст пациентов составил 56,3±6,2 лет. Всем больным проведена коронароангиография на ангиографическом комплексе “Angioskop D-33” с компьютером “Digitron -33” фирмы “Siemens”, Германия по методике M.Judkins. Для выявления атеросклеротического поражения сонных артерий проведена ультразвуковая допплерография сонных артерий на аппарате «ULTRAMARK-9» фирмы ATL, США. После обследования всем пациентам проведена эндартерэктомия сонных артерий и реваскуляризация коронарных артерий АКШ или МКШ. Время наблюдения в после операционном периоде составило 34 месяца. Для оценки прогноза в качестве конечных точек были определены случаи возникновения острого коронарного синдрома (ОИМ и нестабильная стенокардия). Статистическая обработка результатов исследования проводилась средствами интегрированной статистической системы SPSS версия 13.0 for Windows и Epi Info 6.0. В ходе статистического анализа применялись методы и средства такие как, предварительная обработка данных, описательная статистика, t-критерий Стьюдента и F-критерий Фишера для проверки гипотез о равенстве числовых характеристик выборочных распределений данных, анализ таблиц сопряженности (критерий — хи-квадрат с поправкой Йетса, расчет относительных рисков).

Результаты: При анализе наличия традиционных факторов риска (ФР) у 95% (38) пациентов была выявлена гипертоническая болезнь (ГБ), в 90% (36) пациенты курили, у 5% (2) — сахарный диабет (СД), в 62,5%(25) — дислипидемия (ДЛП), у 10% (4) была отягощенная наследственность (ОН) по ССЗ. При анализе состояния брахиоцефальных артерий в 75% (30) диагностировано атеросклеротическое поражение сонной артерии с одной стороны, в 25% (10) — атеросклеротическое поражение сонных артерий с обеих сторон. При анализе поражение коронарных сосудов однососудистое поражение была в 42,5% (17), 2-сосудистое — 25% (10), 3-сосудистое — 25% (10), 4-сосудистое — 7,5% (3). Встречаемость факторов риска: в группе с односторонним поражением сонных артерий (СА) (n=30): курение 86,7% (26), ГБ 93,3% (28), СД 3,3% (1), ДЛП 56,7% (17), ОН 10% (3), ПИК 83,3% (25). В группе с 2-х сторонним поражением СА (n=10): курение 100% (10), ГБ 100% (10), СД 10% (1), ДЛП 50% (5), ОН 10% (1), ПИК 100% (10). В группе одностороннего поражения СА — 5 ОКС (4-НС, 1-ОИМ), в группе с 2-сторонним поражением СА — 2 ОКС (все случаи нестабильной стенокардии). Расчет относительного риска (ОР) развития ОКС в зависимости от ФР: пациенты с 1-сторонним поражением СА : ГБ — ОР = 0,18; ДИ (0,08-0,4); Хи кв. 28,34; p< 0,0000001; курение — ОР = 0,19; ДИ (0,09-0,42); Хи кв. 7,27; p< 0,007; СД — p = 0,36; ОН — ОР = 6,0; ДИ (1,58-22,77); Хи кв. 2,67; p< 0,102; ДЛП — p= 0,05; ПИК — p=0,66. Для 2-стороннего поражения: ОР не подсчитан для ГБ, курения, ПИК (все пациенты с этими ФР перенесли ОКС), СД- p=0,42; ДЛП p ‹ 0,01; ОН — p=0,43.

Вывод: курение, ГБ, ОН у пациентов с 1-сторонним поражением СА влияют на развитие ОКС. Влияние ДЛП на развитие ОКС выявлено в группе с 2-х сторонним поражением СА. Необходимо предпринять дальнейшее изучение влияние ФР на развитие ОКС у пациентов с 2-сторонним поражением СА.

0823

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛЛИЧЕСТВА ПОРАЖЕННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Ярышева В.Б., Левашов С.Ю.

УрГМУ, г. Челябинск

Цель: изучить частоту традиционных факторов риска и ОКС у пациентов с мультифокальным атеросклерозом, после хирургической ангиопластики коронарных артерий в зависимости от количества пораженных коронарных артерий.

Материал и методы: В исследование было включено 68 пациентов (мужчин — 63 (92,7%), женщин — 5 (7,3%)) с ИБС, стабильной стенокардией I-IV ФК, с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарных и сонных артерий. Средний возраст пациентов составил 54,2±8,2 лет. Всем больным проведена коронароангиография на ангиографическом комплексе “Angioskop D-33” с компьютером “Digitron -33” фирмы “Siemens”, Германия по методике M.Judkins. Для выявления атеросклеротического поражения сонных артерий проведена ультразвуковая допплерография сонных артерий на аппарате «ULTRAMARK-9» фирмы ATL,

США. После обследования всем пациентам проведена реваскуляризация коронарных артерий АКШ или МКШ. Время наблюдения в после операционном периоде составило 34 месяца. Для оценки прогноза в качестве конечных точек были определены случаи возникновения острого коронарного синдрома (ОИМ и нестабильная стенокардия). Статистическая обработка результатов исследования проводилась средствами интегрированной статистической системы SPSS версия 13.0 for Windows и Epi Info 6.0. В ходе статистического анализа применялись методы и средства такие как, предварительная обработка данных, описательная статистика, F-критерий Фишера для проверки гипотез о равенстве числовых характеристик выборочных распределений данных.

Результаты: В группу пациентов с однососудистым поражением коронарных артерий вошло 26 пациентов (23 (88,5%) мужчины, 3 (11,5%) женщины), средний возраст пациентов составил 52,9 + 9 лет. При оценке частоты встречаемости традиционных факторов риска были получены следующие результаты: гипертоническая болезнь встречалась у 22 пациентов (84,6%), курили 23 пациента (88,5%), сахарный диабет встречался у 1 пациента (3,6%), дислипидемия выявлена у 15 пациентов (57,7%), отягощенная наследственность — 2 (7,7%), ПИК — 18 (69,2%). ОКС был у 9 пациентов (34,6%). Из них нестабильная стенокардия — 6 (66,7%) и острый инфаркт миокарда в 3 (33,3%) случаях.

В группу пациентов с двухсосудистым поражением вошло 24 пациента (22 (91,7%) мужчины, 2 (,3%) женщины), средний возраст пациентов составил 54,8 + 6,6 лет. Гипертоническая болезнь встречалась у 21 пациента (87,5%), курили 22 пациента (91,7%), сахарный диабет не встречался, дислипидемия — 17 (70,8%), отягощенная наследственность — 2 (8,3%), ПИК — 14 (58,3%). ОКС произошел в 9 сучаях (37,5%): из них нестабильная стенокардия 8 (88,9%) и острый инфаркт миокарда 1 (11,1%) случай.

В группу пациентов с многососудистым поражением вошло 18 пациентов (все мужчины), средний возраст пациентов составил 55,1 + 9,1 лет. Гипертоническая болезнь встречалась у 16 пациентов (88,9%), курили 18 пациентов (100%), сахарный диабет — 3 (16,7%), дислипидемия — 12 (66,7%), отягощенная наследственность — 3 (16,7%), ПИК — 13 (72,2%). ОКС — 9 (50%): из них нестабильная стенокардия 4 (44,4%) и острый инфаркт миокарда 5 (55,6%).

Вывод: 1. Увеличение числа пораженных коронарных артерий ассоциируется с увеличением частоты курения, сахарного диабета, отягощенной наследственности. 2. ОКС чаще наблюдается у лиц с многососудистым поражением коронарных артерий. 3. Клинические формы ОКС определяються количеством пораженных коронарных артерий. 1-2-сосудистое поражение — нестабильная стенокардия, многососудистое — ОИМ.

0824

ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АЛЬДОСТЕРОНСИНТАЗЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Яхонтов Д.А.,[1] Деришева Д.А.,[1] Гуляева Л.Ф.[2]

[1]Новосибирский государственный медицинский университет

[2]НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, Новосибирск

Цель. Изучить характер поражения коронарного русла, полиморфизм гена альдостеронсинтазы и концентрацию альдостерона плазмы у больных с ИБС в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) с различной массой миокарда левого желудочка. Материалы и методы. Обследовано 225 мужчин со стабильной стенокардией I-III ФК в сочетании с АГ в возрасте 40-65 лет. 1-ю группу составили 108 с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ); ИММЛЖ>125 г/м2, 2 группу — 117 больных с ИММЛЖ<125 г/м2. Выполнялась коронарография (КГ) по Judkins, 63 больным проводилось типирование аллеля гена альдостеронсинтазы (полиморфный локус С-344Т) методом ПЦР и определение концентрации альдостерона плазмы.

Результаты. У больных с ГЛЖ по сравнению с лицами с нормальной ММЛЖ реже имелись неизмененные коронарные сосуды, зато достоверно чаще отмечалось многососудистое поражение. При нормальной ММЛЖ наиболее часто встречалось 1-сосудистое поражение коронарного русла (49,5 %). У больных 1-й группы достоверно чаще имели место гемодинамически значимые стенозы магистральных сосудов: ствола левой коронарной артерии, передней нисходящей, правой коронарной, диагональной и огибающей артерий. Было выявлено 3 вида генотипов альдостеронсинтазы: гетерозиготный CYP*T/C, TT-гомозиготный мутантный и CC-гомозиготный дикий. У 62,5% больных с ГЛЖ имел место генотип CYP*T/C, в то время как частота данного генотипа во 2-й группе была существенно ниже — 32,3 % ($p<0,05$). В то же время при нормальном ИММЛЖ

достоверно чаще встречался генотип CYP*T/T (48,4%), тогда как при ГЛЖ он имел место только у 15,6 % пациентов. Частота генотипа CYP*C/C существенно не различалась в 1-й и 2-й группах и составила 21,9% и 19,3% соответственно. У больных 1-й группы чаще имела место аллель T (64,5 vs 46,8%); p<0,05, тогда как аллель C, наоборот, чаще обнаружена у пациентов 2-й группы (35,5 vs 53,2%), p<0,05. В 1-й группе концентрация альдостерона плазмы составила 127,7+8,8 пг/мл, во 2-й — 91,6±8,5 пг/мл (p<0,05), хотя оба показателя находились в пределах нормальных значений. Генотип CYP*T/C характеризовался более высоким уровнем альдостерона (140,5±3,9 пг/мл) в сравнении с генотипами CYP*C/C (90,0±1,3 пг/мл) и CYP*T/T (93,8±0,7 пг/мл). У лиц с генотипами CYP*C/C и CYP*T/T достоверных различий концентрации альдостерона обнаружено не было.

Заключение. У больных ИБС в сочетании с АГ и ГЛЖ достоверно чаще, чем при нормальном ИММЛЖ выявляются многососудистые поражения коронарного русла и поражаются магистральные сосуды. С высоким риском развития ГЛЖ ассоциированы генотип CYP*T/C и носительство аллеля C. Концентрация альдостерона была достоверно выше в группе больных с ГЛЖ, хотя и находилась в пределах референсных значений. Носительство CYP*T/C генотипа гена альдостеронсинтазы сопряжено с более высокой концентрацией альдостерона плазмы.

0825

RESPONSE TO ASPIRIN AND CLOPIDOGREL IN ASIAN POPULATION

Dr. Govindan Vijayaraghavan. MD, DM(Card),FACC,FAHA FRCP (Edin& Lond), Dr. Suman Omana Soman. MD.

Dr. Sadath Pareed .MD. Kerala Institute of Medical Sciences, Anayara P.O, Trivandrum. Kerala / India.

Abstract: Aim and Objects: Stent thrombosis and consequent post PCI complication are being reported from many centers in India and abroad .There is very little data on aspirin and Clopidogrel resistance in Indian population. We aim at estimating the prevalence of Aspirin and Clopidogrel resistance in Indian patients. Poor metabolizes of Clopidogrel exhibit higher cardiovascular event rates. Asian population has been found to show more resistance to Clopidogrel.

Subject and methods: It is a prospective descriptive study. All the patients admitted to KIMS cardiology department for PCI between 01st September 2011 — 30thAugust 2013 were included in the study.

100 consecutive patients who underwent coronary angioplasty were selected for the study. All patients had 300 mg Aspirin and 600 mg of Clopidogrel as loading dose. 150 mg aspirin and 75 mg twice daily of Clopidogrel were given as the maintenance dose.

Verifynow point of care, platelet function study were done 5 days after starting of clopidogrel. Aspirin resistance was defined as more 550 aspirin resistance units. Clopidogrel resistance is defined more than 213 platelets resistance units.

Results and Analysis: 79 % of male 21% of women. 43 % of patients were diabetic 25% of patients were aspirin resistance and 36% Clopidogrel resistance and 7% were showed dual anti platelet resistance. Clopidogrel resistance was more common in female (P value ‹0.023). Clopidogrel resistance is significantly more common than aspirin resistance in diabetic subjects.(p value=0.0004)

Conclusion:

Aspirin and clopidogrel resistance is more common in Asian population. This should be taken into account in selecting anti platelet drugs following acute myocardial infarction, irrespective of the management strategy. It is surprising that correlation between asprin /Clopidogrel resistance, genetic polymorphism, and clinical data do not correlate to explain the long term benefits of drug therapy.

0826

ABBREVIATED VERSUS STANDARD EPTIFIBATIDE INFUSION IN ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION — OUTCOMES AND PREDICTORS OF COMPLICATIONS

A Bagherli MD CCFP(EM) FRCPC, S Shen MD FRCPC, K Wallace MD, C Hayes, S Promislow MD, J Ducas MD FRCPC, K Minhas MD FRCPC, M Vo MD FRCPC, M Kass MD FRCPC, G Parmar MD FRCPC, A Ravandi PhD MD FRCPC, F Hussain MD FRCPC

Division of Cardiology, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

Background: Glycoprotein IIb/IIIa inhibition has been a mainstay in acute myocardial infarction intervention.

Major bleeding is a predictor of adverse outcomes in ST elevation myocardial infarction (STEMI). There is no data to date on the safety and bleeding outcomes for abbreviated compared to standard infusions of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in the setting of primary PCI for STEMI.

Objectives: To determine the safety and bleeding outcomes of abbreviated compared to standard infusions of the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor eptifibatide in the setting of primary PCI for STEMI.

Methods: We analyzed a retrospective cohort of 93 STEMI patients who received abbreviated (‹18 hours) infusion of eptifibatide and compared them to 91 STEMI patients with standard (18 hours) infusion in primary PCI, from June 2009 to June 2011, at a single cardiac centre. Detailed chart review of demographic and clinical characteristics, times to intervention, complications, electrocardiographic (ECG) findings, bleeding, ejection fraction (EF), and stent thrombosis data was performed. Descriptive statistics were utilized to outline safety and efficacy outcomes. A p- value ‹0.05 was considered significant.

Results: There was no significant difference between the two groups in complications including GI bleeding, hematoma larger than 5 cm, fistula or pseudo-aneurysm, retroperitoneal hemorrhage (RPH) or hemoglobin drop more than 50 g/L. Closure devices were deployed more in abbreviated infusion (65% vs. 44%, p-value: 0.004). There was a trend towards improved ST elevation resolution › 50% in standard infusion (78% vs. 66%, p-value: 0.06) and CK peaked higher in abbreviated infusion (2088.9 +/- 1982 vs. 1565 +/- 1545, p-value; 0.05). There was no significant difference in stent thrombosis or EF (47.25% +/- 9.46 vs. 49.4% +/- 9.2 for abbreviated and standard infusion respectively, p-value: 0.12). There was no significant difference in transfusion (3% vs. 5% for abbreviated and standard infusion respectively, p-value: 0.44) or death (3.2% vs. 1.1% for abbreviated and standard infusion respectively, p-value: 0.37).

Conclusions: Abbreviated duration glycoprotein IIb/IIIa inhibition may be a safe and novel alternative to standard infusion during STEMI. Although there was no significant difference in bleeding or vascular complications between abbreviated and standard infusion groups, along with a trend towards better ST resolution and lower CK in standard infusion group, but there was no significant difference in stent thrombosis, EF or death between the two groups. Further large prospective randomized controlled trials are indicated to study this approach to reduce bleeding in this high risk population.

0827

VENTRICULAR PRE-EXCITATION MANIFESTED IN THE COURSE OF AORTIC VALVE ENDOCARDITIS RESULTED IN MULTIPLE VFS AND SEVER LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION

Alireza Bagherli, MDCCFP(EM) FRCPC, AliasgharKhadem, MD

Department of Cardiology, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

Abstract: We report a case in which the presence of an abscess in the inter-ventricularseptum and an accessory pathway of the Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome confer an increased risk of developing lethal arrhythmias and sudden cardiac death (SCD). The underlying arrhythmia causing SCD is VF triggered by pre-excited AF.

In certain subset of patients, pre-excitation can be latent or intermittent, because of preferential conduction through AV node. In this case pre-excitation became manifest because of the damage and erosion of the AV node caused by aortic valve endocarditis and septal abscess. LV dysfunction may occur secondary to tachy-arrhythmias, either symptomatic or asymptomatic, that triggersachycardia inducedcardiomyopathy (TIC). The rate and duration of tachy-arrhythmias influence the speed at which TIC develops and LV dysfunction may occur as early as 24 hours after the onset of tachy-arrhythmia. Nonetheless, resolution of LV systolic function occurs with adequate rate control or ablation.

In this case; eccentric ventricular activation secondary to pre-excitation, in a vulnerable myocardium (post operative phase and pre-existing LV dilatation) contributed to the development of cardiomyopathy.

This process was reversed by ablation of the accessory pathway and implantation of CRT, which resulted in normalization of LV function and reversal of dilated cardiomyopathy.

0828

THE BLOOD PARAMETERS IN NON-ST-ELEVATED ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS

Erhan Tenekecioglu[1*], Adem Bekler[2] Fahriye Vatansever Agca[1], Ozlem Arican Ozluk[1], Burhan Arslan[1], Serafettin Demir[3], Mustafa Yılmaz[1]

[1] **Department of Cardiology, Bursa Yuksek Ihtisas Education and Resarch Hospital, Bursa, Turkey**

[2] **Bursa Esentepe Hospital. Bursa,Turkey**

[3] **Department of Cardiology, Adana State Hospital, Adana, Turkey**

[*] **Corresponding Author: Erhan Tenekecioglu, Kardiyoloji Klinigi, Bursa Yuksek Ihtisas Egitim ve Arastırma Hastanesi, Yıldırım, Bursa, TURKIYE (Turkey). Tel: +90 5057807280 Fax: +90 224 3605055 E-mail: erhantenekecioglu@yahoo.com**

Introduction: Atherogenesis represents an active inflammation that leukocytes play a major role in this process. White blood cells are reported as crucial not only for plaque activation but also in thrombus formation and thrombus growth in acute coronary syndromes. Within the markers of inflamation in coronary artery disease NLR has been reported the greatest predictive power for poor outcomes in patients with coronary artery disease. The goal of this study was to evaluate the association of NLR with coronary thrombus grade in patients with non-ST elevated acute coronary syndromes.

Methods: A total of 251 consecutive patients were hospitalized in our hospital with a diagnosis of non-ST elevated acute coronary syndrome(NST-ACS) including non-ST elevated MI and unstable angina pectoris. Coronary angiographies were performed in our clinic using the standard Judkins technique. The widely used TIMI thrombus grading scale was originally created by the TIMI study group investigators. The TIMI classification relies on the angiographic assessment of the presence of thrombus and its relative size, utilizing a simple score ranging from grade 0 (no thrombus) to grade 5 (very large thrombus content that completely occludes vessel flow).

Results: The mean age of the patients was 61 ± 9 years. In the study group, there was no thrombus detected in 84 patients. In the remaining 167 patients, there was thrombus detected in the coronaries at different grades. Between the patient groups with ann without coronary thrombus, Neutrophil and lymphocyte counts,platelet counts and neutrophil/ lymphocyte ratio is significantly increased in the group of patients with coronary thrombus as compared to the patient group without coronary thrombus.(Table)

Conclusion:In the NST-ACS patients, the white blood count,platelet count and neutrophil/ lymphocyte ratio may give opinion about the presence of coronary thrombus.In the NST-ACS patients the blood parameters may give valuable information about the status of the coronary arteries at hospital admission.

0829

DETECTION OF PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Introduction: Detection of paroxysmal atrial fibrillation (PAF) in hypertensive patients poses diagnostic challenge. The aim of this study was to predict the presence of PAF by means of 12-lead ECG in patients with hypertension. Our hypothesis was that P-wave dispersion (Pd) might be a useful marker in predicting PAF in patients with hypertension.

Methods: 12-lead resting ECGs and echocardiograms of 57 hypertensive patients were analyzed retrospectively. PAF was detected in 30 patients. Thirty out of 57 age and gender matched patients without PAF were randomly chosen and assigned as the control group. Demographics, P-wave characteristics and echocardiographic findings of the patients with and without PAF were compared.

Results: Maximum P-wave duration ($p<0.05$), Pd ($p<0.05$) and left atrium diameter ($p<0.05$) were significantly higher in patients with PAF when compared to patients without PAF. The cut-off value of Pd for the detection of PAF was 57.5 milliseconds (msc). Area under the curve was 0.76 ($p<0.05$). On a single 12-lead ECG, a value higher than 57.5 msc predicted the presence of PAF with a sensitivity of 72% and a specificity of 63%.

Conclusion: Pd on a single 12-lead ECG obtained within hypertensive patients might help to predict PAF.

Pd assessed on a single resting ECG is regarded as a noninvasive electrocardiographic marker which reflects

the prolongation of intraatrial and interatrial conduction time in addition to discontinuous propagation of sinus impulses

It has been demonstrated that prolongation of Pd is a risk factor for the development of PAF independent from the presence of structural heart diseases. It also has been shown that Pd might predict transition from PAF to permanent AF

0830

ARRHYTHMIAS PREDICTORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION

Krestjyaninov MV[1], Gimaev RH[2], Razin VA[2], Ruzov VI[2]

[1]Ulyanovsk Hospital Of Word War Veterans, Ulyanovsk, Russian Federation,

[2]Medical Institution, Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russian Federation

Cardiovascular disease is the leading cause of death in the world. One of the basic pathophysiological mechanisms of death from cardiovascular disease (50%) are disorders of cardiac rhythm and conduction. These are mainly ventricular tachyarrhythmia. Dispersion of corrected QT interval is a well-known predictor of ventricular arrhythmias.

Objective. The purpose of our study is identifying gender differences of ventricular arrhythmias predictors in hypertensive patients with heart failure with preserved ejection fraction.

Research methods. 168 patients with 2nd degree essential hypertension and heart failure I and II functional class were enrolled (110 men and 58 women). Mean age in men was — 51 (40, 59) years; in women — 57 (11) years. In all Patients with active ischemic heart disease, myocardial infarction in history, diabetes were excluded. Echocardiography was performed according to ASE/EAE recommendations 2005. To determine dispersion of corrected QT interval by the heart rate and interval JT dispersion electrocardiogram was recorded in 12 standard leads using certificated software. The values of corrected QT interval dispersion more than 50 ms was regarded as pathological. Statistical significance was defined at the level of methods for p<0,05.

Results. In all patients ejection fraction were more than 50%. Values of corrected interval QT dispersion in men (54,5 ms) were statistically significantly higher than in women (48,9 ms) (p = 0.035). There were not found significant differences in interval JT dispersion in men (22.0) and women (22.4) (p = 0.51). In men the frequency of detection of corrected QT interval dispersion more than 50 ms (30.9%) was higher than in women (22.4%), but these differences were only in trends nature (Chi^2 = 1.36; p = 0.24).

Conclusion. In hypertensive patients with heart failure with preserved ejection fraction values of corrected QT interval dispersion were significantly higher in men. A trend towards a higher frequency of corrected QT interval dispersion more than 50 ms was detected in men.

0831

L-ARGININE TO PROLONG EXERCISE POTENTIAL

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn, E. Feldman, M. Feldman

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

L-arginine is an essential amino acid found in red meat, poultry, fish, and dairy products. It is also a nutritional supplement and a medicine.

L-arginine is generally safe, although it can cause some side effects in some people — such as abdominal pain, bloating, diarrhea, gout, blood abnormalities, allergies, airway inflammation, worsening of asthma, and low blood pressure.

A precursor of nitric oxide (NO), and a postulated antioxident L-arginine, and expands the blood vessels, increasing blood flow.

Endothelial dysfunction in congestive heart failure (CHF) contributes to exercise induced vasodilation and decreased exercise and life activity.

It is known that taking L-arginine along with usual heart treatment seems to assist in eliminating excess fluids that are a major problem in CHF.

This study included 27 males aged 39-64 with diagnosed CHF and failing ability to function or to exercise. Study participants remained on their prescribed medication while taking L-arginine. Sixteen participants were administered 9 grams per day of L-arginine, while 12 participants received a placebo. Length of the study was 45 days.

Results. Participants receiving the L-arginine generally had reduced fluids. They also gained, over the period of the study, a higher exercise duration than placebo participants, with mildly increased breathing capability and a general feeling of well being.

Therefore, it is postulated that L-arginine should be considered as an adjunct to traditional treatment of CHF to increase the patient's well being and ability to function.

0832

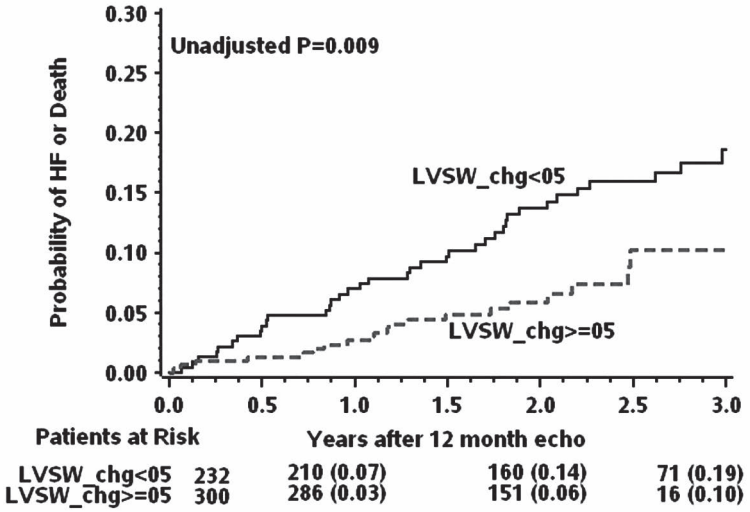
СНИЖЕНИЕ МАССЫ И ТОЛЩИНЫ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ КАРДИО-РЕСИНХРОНИЗАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ (КРТ) СОПРОВОЖДАЕТСЯ БЛАГОПРИЯТНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОГНОЗОМ И УМЕНЬШЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ

Mikhail Bourgoun, MD Scott D. Solomon, MD PhD Marc A. Pfeffer, MD PhD

Valentina Kutyifa,MD Arthur J. Moss, MD PhD

From the Cardiovascular Division Brigham and Women's Hospital Harvard University, Boston University of Rochester Medical Center, Rochester, USA

Методы: Мы изучили пациентов с блокадой левой ножки пучка Гиса, которым был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (ИКД) или КРТ с встроенным дефибриллятором (КРТ-Д), включенных в клиническое исследование MADIT-CRT, с целью изучения массы левого желудочка (МЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС) и толщины перегородки (ТП) левого желудочка в начале исследования и через 12 месяцев. Основным критерием оценки эффективности терапии были сердечная недостаточность (СН) или смерть; вторичным критерием эффективности являлись желудочковая тахикардия (ЖТ), фибрилляция желудочка (ФЖ) или смерть.



Результаты: МЛЖ, ТЗС и ТП в начале исследования не являлись прогнозирующими факторами для пациентов с КРТ-Д или ИКД. Через 12 месяцев процент снижения МЛЖ был значительно выше среди пациентов с КРТ-Д (-22.1±10.1%) по сравнению с ИКД (-5.0±5.2%, p<0.001). Изменения в МЛЖ достоверно коррелировали с изменением конечного диастоличестого объема левого желудочка (R-sq.=0.77, p<0.001). По этой причине, мы дополнительно анализировали классические параметры ТЗС и ТП независимо от изменений в объеме левого желдочка. Процентное изменение ТЗС и ТП было более выраженным в группе КРТ-Д (ТП:-6.6±3.2% vs. -0.9±2%;

ТЗС:-6.6±3.2% vs. -0.8 ± 1.9%, p ‹ 0.001 для обеих). Снижение МЛЖ или толщины стенки среди пациентов с КРТ-Д было связано со статистически достоверным снижением частоты СН/смерти (График) (p=0.009) и ЖТ/ФЖ/смерти (p=0.002). После корректировки клинических ковариант, процентное изменение в ТП и ТЗС были связаны со статистически достоверным снижением риска СН/смерти (ТП: HR=0.93, 95%CI: 0.88-0.98 для процентного изменения, p<0.01) и ЖТ/ФЖ/смерти (ТП: HR=0,94, 95%CI: 0.90-0.98, для процентного изменения, p= 0.01).

Заключение: Применение КРТ-Д связано со статистически достоверным снижением МЛЖ, ТЗС и ТП и последующим благоприятным клиническим прогнозом и снижением желудочковых аритмий.

Это исследование изучает связанное с КРТ-Д снижение массы левого желудочка и толщину стенки левого желудочка и ассоциированный прогноз развития аритмий, сердечной недостаточности и смерти среди пациентов, включенных в MADIT-CRT.

0833

MAGNESIUM AS A SUPPLEMENT IN THE TREATMENT OF HEART DISEASE

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn, E. Feldman, M. Feldman

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Magnesium is an essential mineral needed for life. It is also good for cardio-patients, as most people are magnesium deficient. While patients with heart disease (CHD) are typically given several medications, including beta-blockers and nitrates, very few physicians think of suggesting mineral supplementation to their cardio patients.

Indeed, it is known from medical literature that pharmaceutical drugs can lower magnesium levels into dangerous zones, and that surgery done without increasing magnesium levels is more dangerous than surgery with magnesium administration prior to surgery. In an attempt to document the benefits of oral magnesium supplemenation while under cardio-care we enrolled 39 patients with diagnosed CHD for our study. 21 participants received 200 mg. of magnesium citrate twice daily; while 18 participants received a placebo. The length of our study was 90 days.

Magnesium levels were determined for participants by measuring blood magnesium levels. Preliminary to the administration of magnesium supplementation, blood magnesium levels were similar (low) in both groups.

Results: Over the period of the study blood magnesium levels increased significantly in those taking the magnesium citrate supplementation.

After 90 days those cardio-patients who were receiving the magnesium supplementation had significant improvement in their exercise times without chest pain. There was also some evidence that the supplementation slowed cardio-pathology and improved heart strength. It is therefore recommended that Cardiologists should include magnesium supplementation with their treatment protocols.

0834

PARAMETERS FOR ASSESSMENT OF OUTCOME AND SURVIVAL RATE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Katarina Novak, MD; Duska Glavas, MD; Department of Cardiology, School of Medicine in Split, University Hospital Split, Spinciceva 1, 21000 Split, Croatia

Abstract: Background: Chronic heart failure (CHF) is a serious disease with high morbidity and mortality. Overall, 50% of CHF patients die within four years. Parameters identified within hours of hospital admission could predict risk and help in CHF treatment. The objective of this study was to find out if we could predict the outcome of CHF, in terms of survival and mortality rate, on the basis of different indicators at admission to the hospital.

Methods: This was a prospective study with patients treated for CHF at University Hospital Split during 2005. Blood biochemistry and heart function indicators were measured at admission. Patient outcomes were followed for one year after hospital discharge.

Results: The records of 356 CHF patients were analysed: 174 (48.9%) women and 168 (51.1%) men. Thirty-nine patients (11%) died in hospital, 97 (27%) died out of hospital, 206 (58%) were alive one year after discharge, and 14 (4%) dropped-out. After the admission average survival time were 76.1±115.6 days. Younger patients with

CHF (69 -75 y), had 1.4 longer rate of survival then older group (›81 years)(p=0.018). Results of Cox regression analysis demonstrated that one-year survival rate significant depends on: left ventricular ejection fraction (LVEF) (p‹0.001), plasma concentration of creatinine (p=0.001), potassium (p=0.053), sodium (p‹0.001), and uric acid (p‹0.001). There was no significant relationship between survival and blood pressure or urea. Mortality rate was 2 times higher in the group with low mobility than in group with normal mobility. Survival rate was 6 times higher in the first hospitalization, and 2 times higher in the second hospitalization. In the third hospitalisation, mortality rate was 2 times higher, and in the fourth hospitalization 7 times higher. We did not find significant differences in survival rate in the patients with atrial fibrillation.

Conclusions: As predictors for outcome and survival rate in the patients with CHF we could use LVEF, plasma creatinine, potassium, sodium, and uric acid.

0835

CLINICAL SIGNOFICANCE OF HYPERURICEMIA IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

Lypovetska S.Y.; Termopil state medical university, Ukraine, Ternopil

Aim: to investigae the potential impact of SUA levels on metabolic profile, subclinical inflammation and heart remodeling in patients after myocardial infarction.

Methods: 147 patients (59,2±0,8 years old) in 6 months after myocardial infarction were included in cross-sectional study. The subjects were divided in two groups with high (0,59±0,06 mmol/l, n=82) and normal (0,32±0,05 mmol/l, n=65) serum uric acid (SUA) levels. Lipid profile and inflammatory biomarkers (high-sensitivity C-reactive protein (hc-CRP), Interleukin -1 (IL-1), tumor necrosis factor (TNF)) identification, echocardiograph assessment were performed.

Results: In patients with high SUA STEMI (61,3% vs 17,1%) mostly anterior (53,8% vs 28,6%) were occurred, while in patients with normal SUA — NSTEMI (82.9% vs. 38.7%). Congestive heart failure often manifested in patients with high SUA (24,5 % vs 4,9 %). Left ventricle aneurysm was formed only in 7 patients with hyperuricemia. Metabolic syndrome was more often found in patients with high SUA than with normal (60.5% vs 7.3%).

Lipid profile of patients with hyperuricemia was characterized by significant increased levels of total cholesterol — 20,9%, triglyceride — by 38,1%, LDL cholesterol — by 31,8% and lower HDL cholesterol — by 32,8% (p ‹ 0,01) compared with patients with normouricemia. Combined dyslipidemia (67.9% vs 2.4%) and hypertriglyceridemia (6.6% vs 2.4%) were prevailed in case of hyperuricemia. However, in patients with high SUA inflammatory biomarkers were increased significantly, including hc-CRP — by 71,4 %, IL-1 — 49,9%, TNF — to 76,2% (p ‹ 0,01) compared with patients with normal SUA. The correlation between elevated levels of hc-CRP and SUA (r = 0,7, p ‹ 0,01), TNF (r = 0,8, p ‹ 0,01), IL-1 (r = 0,7 , p ‹ 0,01) was found, confirming the direct role of SUA in inflammation.

Patients with high SUA, compared to those with low SUA, had higher left ventricular mass index (220,9±6,9 vs 147,4±8,3, p‹0,01) and left atrial dimension (4,0±0,5 vs 3,5±0,8, p‹0,01), while did not differ in ejection fraction. Concentric and eccentric hypertrophy were observed in 56,6 % and 40,6 % patients with hyperuricemia, 26,8 % and 31,7% — with normouricemia. Diastolic dysfunction was more frequently investigated in patients with high SUA than with normal (85,8 % vs 36,6 %, p‹0,01). SUA levels correlated significantly with mitral A wave velocity (r=0,61, p‹0,01), E wave decelaration time (r=0,26, p‹0,01), E/A ratio (r=0,21, p‹0,05).

Conclusion. Elevated SUA level is associated with heart remodeling progression after myocardial infarction as well as significant inflammatory activation and lipid disorders, reflecting increased cardiovascular risk.

0836

CHRONIC INTERMITTENT HYPOBARIC HYPOXIA AMELIORATES ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY OF HEART VIA NA+/CA2+ EXCHANGER IN DEVELOPING RATS

Ma H.J., Li Q., Zhang Y.

Hebei Medical University, Shijiazhuang, China

This study investigated the calcium homeostasis mechanism underlying cardiac protective effect of CIHH in

developing rat. Neonatal male rats were treated with CIHH in a hypobaric chamber simulating 3000-m altitude for 28 and 42 days, respectively. The left ventricular function of isolated hearts was eveluated after 30 min ischemia and 60 min reperfusion. Myocardial infarct size, intracellular Ca2+ concentration ([Ca2+]i), Na+-Ca2+ exchanger currents (INa/Ca) in ventricular myocytes and the protein expression of Na+/Ca2+ exchanger (NCX1) in the sarcolemmal membrane were determined. The recovery of cardiac function after I/R was improved with the myocardial infarct size reduced in CIHH rats compared with untreated rats (P<0.05). These effects were abolished by opening L-type calcium channels with Bay K8644 or stimulating sarcoplasmic reticulum (SR) ryanodine receptor with ryanodine. Furthermore, the increasing in [Ca2+]i during I/R was blunted in CIHH rats, which was blocked by Bay K8644 or chelerythrine chloride, a PKC inhibitor. The INa/Ca decreased and the reversal potential of INa/Ca was shifted toward negative potential in control cardiomyocytes during simulated ischemia (P<0.05), which did not change in CIHH cardiomyocytes. The inhibition of NCX1 protein expression during I/R was smaller in CIHH rats than that in control rats (P<0.05). These data suggest that CIHH has a cardiac protection against I/R injury in developing rat, which might be related to the preservation of calcium homeostasis by NCX1 and activation of PKC. Acknowledgments: This study was supported by grants from Programs of the National Natural Sciences Foundation of China (No. 30572086, 81200070, 31271223), and the National Basic Research Development Program of China (No. 2006CB5041006, 2012CB518200).

0837

STAPHISAGRIA AND POST-SURGICAL COMPLICATIONS

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn, E. Feldman, M. Feldman

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Staphisagria is an herb that has been traditionally used in herbal medicine as a vermifuge, emetic, cathartic, and narcotic. It has also been utilized in homeopathic medicine. When the herb is prepared in homeopathic potency its usage in surgery, both pre- and post-surgical, gains its efficacy.

Homeopathic Staphisagria is regarded as the best remedy in the homeopathic armamentarium for use with incised wounds, i.e., where there are clean edges to the incision; such as from surgery. When it is used at immediately following surgery the remedy helps control prevent post-operative pain, and promotes an intensified healing.

In our study 13 people were given Staphisagria in the 30C potency post cardiac bypass surgery. The Staphisagria was taken 6 pellets prior to surgery, and then every 4 hours post surgery for the first two days following the surgery, and thereafter 3 times daily for 2 weeks. Staphisagria 30C was used along with standard medical treatment for pain and post surgery.

The results were that the participants reported, on average, less pain and a faster healing of the incision site, and less problems with sutures was noted. The surgical site overall had less swelling and complications. Healing time, on average was about 30% faster than normally found without usage of Staphisagria 30C.

Staphisagria has been a part of the homeopathic armamentarium for well over 100 years. In potency, such as this study, it is a safe and valuable adjunct to standard medical post-operative care.

0838

FAMILIAL TAKO-TSUBO CARDIOMYOPATHY; CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES INCLUDING ECHOCARDIOGRAPHIC AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS

Tak T, Ramsey H, Sharma U, Whitney H, Cagin C.

Mayo Clinic Health System — Franciscan Healthcare, La Crosse, Wisconsin,

United States of America

Objective: Tako-Tsubo Cardiomyopathy (TTCMP), also known as broken heart syndrome, transient apical ballooning cardiomyopathy, stress induced cardiomyopathy, is being increasingly recognized. A familial form of this diagnosis has been suspected but less well established. The syndrome is characterized by transient systolic left

ventricular dysfunction, involving the apical and/or mid segments of the left ventricle. This form of cardiomyopathy is commonly seen in women. In most studies, women accounted for 80-100 percent of cases. The onset of stress cardiomyopathy is frequently but not always triggered by an acute medical illness or by intense emotional or physical stress (e.g. death of a relative, loss of job, domestic abuse, natural disasters, gambling losses,etc.).

Methods: We describe an interesting case of familial TTCMP in a 75 year old female who was admitted with acute onset of chest pressure. She had a family history of TTCMP in her older sister. The patient's 12-lead electrocardiogram (ECG) demonstrated transmural myocardial ischemia; significant ST elevations were noted in the anterior leads. She was taken for emergent cardiac catheterization where she was found to have non-significant lesions which did not require intervention. Of note, the ECG abnormalities were out of proportion to the angiographic findings. Since she was in cardiogenic shock, an intraortic balloon pump (IABP) was placed to stabilize her hemodynamics.

Results: Serial 12-lead ECG's showed evidence of resolving anterior ischemia; echocardiography(ECHO) revealed apical akinesis with hyperdynamic basal walls and an ejection fraction of 25 percent; on delayed enhanced images of a magnetic resonance imaging (MRI) scan, there was patchy delayed enhancement in the infereo-lateral segment, the distal anterior wall and in the cardiac apex. In the ensuing hospital days, her clinical condition improved dramatically; the IABP was removed and she was discharged from hospital. There was a slight increase in her cardiac enzymes. Repeat ECHO showed normalization of prior wall-motion abnormalities along with significant improvement of left ventricular systolic function.

Conclusions: A familial form of TTCMP is rare although our case provides more evidence for this occurrence. Characteristic transient abnormalities are seen by ECHO, in addition to less well documented MRI findings. The ECG changes are generally overwhelming and out of proportion to angiographic findings. Awareness of the condition is key to explaining the clinical presentation although treatment is similar to patients presenting with acute myocardial ischemia

0839

RESULTS OF ENHANCED EXTERNAL COUNTERPULSATION (EECP) THERAPY FROM MID-WESTERN UNITED STATES

Tak T, Ramsey H, Chenault A, Gharacholou S, Meyers M, Haberman D, Yakesh K, Ravenwind L, Cagin C

Mayo Clinic Health System — Franciscan Healthcare, La Crosse, United States of America

Objective: Enhanced external counterpulsation (EECP) therapy has emerged as a promising non-invasive modality for patients with refractory angina pectoris and ischemia and for patients with heart failure. The benefits of EECP therapy remain poorly understood. Some researchers have postulated that EECP therapy facilitates collateral blood circulation and improved endothelial function. We report the results of EECP therapy from our community medical center in mid-western United States. The aim of the study was to evaluate the clinical benefit of EECP therapy in patients with refractory angina pectoris and/or heart failure symptoms.

Research Methods: 61 consecutive patients with a history of ischemic heart disease and/or congestive heart failure who were referred for EECP therapy to our institution were included in the study. Of these, 39 patients completed a full course of therapy (35 sessions) and represent the study cohort. We compared pre and post treatment results of functional capacity and severity of symptoms. The Wilcoxon signed-rank test was used to evaluate the significance of results. A p-value of ‹0.05 was considered significant.

Results: There were a total of 39 patients with a mean age of 72.2 years (range 41-95 yrs). Patients underwent 7 successive weeks (35 sessions) of EECP therapy; we compared the 6 minute walk test (6MWT) in meters, the Duke Activity Score Index (DASI), exercise tolerance in METs, mean anginal events per week, and sublingual Nitroglycerin (NTG) use per week. We compared pre versus post EECP therapy results. 6MWT : 386.2 ± 99.4 vs 430.0 ± 111.4, p‹0.05: DASI: 4.25 ± 2.6 vs 6.55 ± 4.6, p‹1.05: exercise tolerance in METs: 2.94 ± 0.7 vs 4.15 ± 1.78, p‹0.05; mean anginal equivalents/week: 13.3 ± 14.1 vs 2.17 ± 4.5, p‹0.05; and NTG use: 2.55 ± 5.75 vs 0.52 ± 1.48, p‹0.05.

Conclusions: EECP therapy resulted in significant improvement in exercise tolerance, reduction in anginal events and decrease in sublingual NTG use in patients who completed a full course of EECP therapy. EECP therapy appears to be safe and effective in such patients. Further studies are needed to corroborate these findings, albeit, in larger groups of patients, who despite maximal medical therapy continue to experience refractory symptoms of angina pectoris and/or heart failure.

0840

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF THE FONTAN SURGERY IN PATIENTS FROM A PRIVATE INSTITUTION FROM MEDELLIN — COLOMBIA

Vargas N, Vargas AM, Castilla GA, Martinez LM, Rodriguez MDLA

Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana

The Fontan surgery is a palliative intervention, performed in patients with univentricular heart. Objective: identify the most common postoperative complications of the Fontan surgery in patients from a private institution from Medellin. Methodology: descriptive clinical series. The population was patients undergoing the Fontan surgery. Information about sociodemographic and clinical variables was taken directly from the medical records. The research was approved by the Ethics Committee. We used SPSS ® version 17.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA) for processing and analysis of information. For statistical handling of data is used for descriptive statistics. Results: 21 patients participated, the median age was 5 years (minimum 3, maximum 10), 66.7% were male. 100% of the children had a history of prior palliative surgery, the most common was the bidirectional Glenn. As for the most common complications were pleural effusion (52.4%), myocardial dysfunction and wound infection (19%). Conclusion: the complications presented agree with those reported in the literature, it is notable that no patient reported subaortic stenosis and bleeding.

0841

PROTECTIVE EFFECT OF CHRONIC INTERMITTENT HYPOBARIC HYPOXIA ON HEART AGAINST ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY

Zhang Y.[1], Zhou Z.-N.[2]

[1]Hebei Medical University, Shijiazhuang 050017, China.

[2]Shanghai Institutes for Biological Sciences, Chinese Academy of Sciences,

Shanghai 20031, China.

Myocardial ischemia and reperfusion (I/R) is a common problem in clinic and there is no satisfactory method for prevention or treatment of I/R injury so far. Chronic intermittent hypobaric hypoxia (CIHH) similar to the concept of ischemia preconditioning IPC or altitude hypoxia adaptation (AHA) has been recognized to confer a protective effect on heart against I/R injury with a longer protective effect than IPC and a less adverse effect than AHA. Our research work demonstrated that CIHH increases myocardial tolerance to ischemia or hypoxia, reserving cardiac function and preventing arrhythmia during I/R. Multiple mechanisms or pathway underlying the cardiac protection of CIHH have been proposed, such as increase of electrical stability of cell membrane, induction of heat-shock protein, enhancement of myocardial antioxidation capacity increase of coronary ow and myocardial capillary angiogenesis, activation of adenosine triphosphate (ATP)-sensitive potassium channels, inhibition of mitochondrial permeability transition pores, and activation of PKC and iNOS. In addition, CIHH treatment is simple, safe, economical and easy to apply. Thus it has important clinical value. Acknowledgement: This work was supported by National Basic Research Program of China (No.2006CB504100, 2012CB518200), National Natural Science Foundation of China (No.30393130, 31071002), Science and Technology committee of Shanghai Municipality (No.02JC14038), and Science and technology program of Hebei province, China No. 09276115.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абашева Е.В. 109
Абдалиева Ч.А. 33
Абдрахманова А.И. 356
Абдуллаев А.А. 33, 238, 349
Абдуллаев Т.А. 42, 582
Абдуллаева Г.Ж. 34, 559
Абдуллаева С.Я. 34, 402
Абдуллаева Ч.А. 35
Абдюкова Э.Р. 210
Абраров Р.А. 557
Абугов С.А. 395
Авдеева К.С. 36
Авчухова Л.С. 53, 54
Агаев А.А. 140
Агальцов М.В. 379
Агальцова Н.П. 78
Аганина Н.С. 36
Аганов Д.С. 538
Агапитов А.Е. 567
Агафонова Т.Ю. 82
Агеенкова О.А. 37,448, 449
Агова О.М. 509
Адамова И.Ю. 547
Адаричев В.В. 563
Адашева Т.В. 483
Адонина Е.В. 38
Ажми И. 268, 269, 270
Азизов В.А. 38,39, 40
Акимов А.М. 42
Акимова А.В. 362
Акимова Е.В. 40, 41, 139, 503, 504
Акимова Н.В. 121
Аккиев Б.Т. 42
Акрамова Э.Г. 43
Аксентьев С.Б. 603
Акулова О.А. 44
Акчурин Р.С. 588
Алайцева С.В. 506
Александри А.Л. 76
Александрийская Н.Е. 184
Александрова Н.Л. 491
Алексеев И.А. 45, 558
Алексеева М.А. 45, 605
Алексеева Н.В. 306
Алескерова Н.Г. 46
Алехин М.Н. 47, 327
Алиева М.Г. 65, 69, 350, 417
Алиева С.Б. 305, 531
Алиева Т.А. 48
Аликулов И.Т. 35, 249, 250
Алисултанова С.А. 49
Алтымышева А.Г. 517
Алферов П.К. 49, 50
Алферов С.П. 49, 50
Аманжолова Ш.А. 51
Амбалова С.А. 182
Амбаян А.С. 305
Амбоян А.С. 51, 65 171, 417, 603
Аминева Н.В. 109, 442
Аминов С.А. 52, 534
Аминова А.А. 52
Андина Л.А. 53
Андреева И.А. 53,54,546
Андреева И.Л. 411
Андреичев Н.А. 56,57,58
Андреичева Е.Н. 54,55
Андрюшина Н.А. 605
Аникин В.В. 59,60
Анисимова Е.А. 458
Анисимова Е.В. 61
Анисимова О.М. 183
Антипова И.И. 395
Антоненко Н.Б. 446
Антониади И.В. 182
Антонов А.Б. 45, 605
Антропова О.Н. 61,62, 280, 346,347,415,416,452,453
Аполихин О.И. 63
Арингазина Р.А. 63
Аркадьева Г.В. 64,65
Артамонова Е.А. 415
Артемьева Н.В. 547
Артющенко Ф.П. 335, 474
Архипов М.В. 544
Архипова С.Л. 184
Атаев И.А. 447,471, 472
Атаева З.Н. 51,65,65,69,171,246,304,305,350,417,602
Атрощенко Е.С. 370
Атьков О.Ю. 66
Афанасьев С.А. 298, 388
Афанасьева Н.Л. 67, 68
Афанасьева О.И. 68, 547
Афанасьева Т.Н. 422, 423
Афонасков О.В. 172,173
Афонин В.Ю. 419
Ахмедова Д.А. 602, 65, 69, 171, 304, 305, 350, 369,417,
Ахмедова Т.А. 94
Ахмедова Ш.С. 52, 70, 534
Ахметзянова Е.Ф. 481
Ахназарянц Э.Л. 104
Ацель Е.А. 70,71, 136,137

Б

Бабаева А.Р. 523
Бабаева М.А. 225
Бабак С.Л. 72, 589
Багрий А.Э. 72,73
Багрий Е.А. 72,73,74
Баев А.В. 549
Баздырев Е.Д. 74
Базилевич И.А. 405
Байбурсян Е.Д. 302
Байда А.В. 487
Байракова Ю.В. 74
Байсугуров М.Ш. 305
Бакиров Г.М. 559
Баклушин А.Е. 184
Бакулина А.В. 242
Бакумов П.А. 220, 221, 222
Баландина Ю.Л. 75
Баланова Ю.А. 76, 517
Балеева Л.В. 77
Балыкова Л.А. 528
Барабаш И.В. 192
Барабаш Л.В. 395, 506
Баранова И.А. 78
Баранцевич Е.Р. 313
Баратова К.Ю. 150
Барбараш О.Л. 74, 166, 260, 352, 357, 587
Барбук О.А. 78, 256, 370, 371
Барбухати К.О. 87
Барсукевич В.Ч. 79,80
Барт Б.Я. 327
Бартош Л.Ф. 155
Бартош-Зеленая С.Ю. 390
Барышева В.О. 163
Басалай М.В. 79,80
Басырова И.Р. 80
Баталин В.А. 81, 82
Баталина М.В. 81,82, 191
Баталова А.А. 82
Батанина И.А. 62
Батдиева В.А. 544
Батрак Г.А. 83,84
Батракова К.В. 145
Батурина М.В. 192
Батурова В.Ю. 358
Бахшалиев А.Б. 84
Беганская Н.С. 60
Безденежных Е.А. 74
Беззубцева М.В. 85
Бейлина Н.И. 136
Бек Н.С. 86
Бекетов П.А. 560
Беккужина Н.А. 63
Бекметов Ф.М. 86
Белан И.А. 87
Белов В.Н. 268, 269, 270
Белова В.В. 184
Белова Е.А. 268, 269, 270
Белоглазова И.П. 88

Белозеров К.В. 89,168, 317
Белозерова Н.В. 130, 598
Белоножкина М.Н. 505
Бельская М.И. 371
Беляева Н.Е. 107
Белякова И.В. 90
Белякова Т.Б. 328
Берберян К.Р. 91
Берг А.Г. 215
Бергмане О.А. 217
Березикова Е.Н. 91, 596
Березина А.В. 334
Березовская Г.А. 92
Берштейн Л.Л. 260
Беседина Н.А. 163
Беспалова Е.В. 308
Беспалова О.Ф. 474
Бессонов И.С. 310
Бетелева Ю.Е. 188
Бетризова П.А. 440
Бехбудова Д.А. 93,94
Бирюкова А.Е. 85
Благова О.В. 94, 95,395,396,592
Блащенко Е.Ю. 96
Блинова Е.Н. 116
Бобров А.Л. 97,98,99
Боброва Е.В. 277, 283
Богапольская О.М. 463
Богатырев С.Н. 100, 398
Богачевская С.А. 101
Богачевский А.Н. 101
Богданов Д.В. 102
Богмат Л.Ф. 103,104
Богомолова О.М. 475
Богомолова О.С. 420
Боева О.И. 119
Божокин С.В. 528
Болотнова Т.В. 341, 403, 404, 429, 430, 578
Болотова Е.В. 105,106
Большедворская О.А. 107
Бондарева Ю.Б. 61
Бондарева Ю.Л. 161
Бондаренко В.С. 128
Бондарь В.Ю. 101
Бондарь И.А. 107
Бондерва Ю.Б. 62
Бордюгова Е.В. 108, 190, 388
Борель К.Н. 142
Борисова Н.А. 170
Борлакова Д.М. 191
Боровков Н.Н. 109, 442
Боронова В.Б. 110, 446
Бочкарева О.И. 110, 461, 522
Бощенко А.А. 111,112,113
Бояринова М.А. 113, 381, 413
Брагина А.Е. 114
Бражин А.В. 418
Бражник Д.А. 453
Братухина О.А. 453
Бредихина Е.Ю. 506
Британов А.Н. 188
Брянцева Е.Н. 168
Будаговская З.М. 115,116,236
Буданова В.А. 116, 482
Будько А.Ю. 515
Букина О.Г. 134
Букия И.Р. 117,118
Булачева Р.П. 369
Булашова О.В. 355
Булгакова Н.Е. 119
Булкина О.С. 512
Бурлова Е.С. 64, 65, 119, 120
Бурова Н.Н. 36
Бусалаева Е.И. 120,121
Бусарова Е.С. 129
Бусулаева Е.И. 411

В

Вавилон Е.Н. 378, 379
Валиева Д.А. 239, 240
Валихов М.П. 318
Ванханен Н.В. 276
Варлан Г.В. 123
Варфоломеева Е.П. 410
Варшавчик М.В. 608
Василец Л.М. 157,158,159,160,161,290, 291, 292, 293
Васильев А.А. 325
Васильев А.П. 122
Васильев В.А. 245
Васильев В.Б. 285
Васильева Е.Ю. 92
Васильева Н.П. 120, 411
Васильцева О.Я. 122
Васина Л.В. 353
Васюк Ю.А. 123
Ватаман Э.Б. 156
Ватутин Н.Т. 124,125,126,127,563
Ваулина Д.А. 288
Ващинова Я. 391
Введенская И.П. 332
Вдовенко Л.Г. 342
Вебер В.Р. 127,128, 203,254, 317,471, 472
Верещагина С.В. 395
Вершинин А.С. 591
Вершинина А.М. 129
Веселовская Н.Г. 65, 165, 577
Ветошкин А.С. 130, 598
Вигель А.К. 336
Вилкова О.Е. 253
Винайкина У.А. 463
Виноградов А.И. 203
Виноградова Е.А. 131,132
Виноградова О.В. 81
Виноградова Т.О. 310
Виноградская В.В. 268
Власик Т.Н. 374
Власов А.А. 544
Власова М.М. 313
Водолагин А.В. 423
Водолагина Е.С. 423
Воевода М.И. 147, 467,526
Волкова Э.Г. 522
Волобуев А.Н. 468, 469
Волыкова М.А. 260
Воробьев А.С. 133
Воробьев Р.И. 134
Воробьева Е.Н. 199, 241, 339
Воробьева Н.А. 90
Воробьева С.Н. 386
Ворожцова И.Н. 122, 521
Вороная Ю.Л. 203
Воронкина А.В. 134, 357
Воронова Н.М. 325
Врублевская А.В. 111,112,113
Вышлов Е.В. 135

Г

Габбасов З.А. 235
Габинский Я.Л. 597
Гагарина Н.В. 94,95, 396
Гагулин И.В. 147, 148
Гадельшина М.Ф. 213
Гаджиева Л.Х. 136
Гаджиева Т.А. 246,247
Газиев А.Р. 575
Газиева П.А. 246,247
Газиров Р.М. 71, 136, 137
Гайдамакина Н.Е. 184,185
Гайдукова И.З. 138, 258, 459
Гакова Е.И. 139, 504
Галимская В.А, 139, 406
Галушко И.Л. 134
Гальченко О.Е. 110, 461
Гамзаев М.А. 140
Гамишаев Дж.З. 40
Ганеева А.В. 141
Гапеева К.О. 556
Гапон Л.И. 36, 129, 130, 337, 338, 598
Гапонова Н.И. 577
Гараева Л.А. 141
Гарганеева А.А. 142, 143,144,145, 405, 521

Гареева Д.Ф. 145
Гаркуша Е.С. 146
Гарькина С.В. 38
Гаспарян С.С. 413, 424
Гафанович Е.Я. 147, 283, 509
Гафаров В.В. 41, 42, 147, 148, 262, 504, 524
Гафарова А.В. 148
Геворкян Т.Т. 279
Гендлин Г.Е. 460
Генс А.П. 200
Герасимов Н.А. 594
Герасимчук Н.Н. 266
Гераськина Л.В. 505
Гервас А.А. 62
Германова И.К. 302
Гинзбург Л.М. 423, 493,
Гинзбург М.Л. 149, 362
Глухов Е.А. 150
Глущенко М.О. 495
Гнусаев С.Ф. 594
Говорин А.В. 206, 342, 601
Говорунова А.В. 304
Гоголашвили Н.Г. 194,195
Голиков А.П. 151
Голикова А.А. 151
Голованова Е.Д. 151
Головачева Т.В. 422, 423
Головенкин С.Е. 152
Головко М.Г. 327
Головко Т.А. 103,104
Гольберг Я.С. 153
Гончарова А.В. 384
Гончарова Е.В. 601
Горбань Е.В. 186,187
Горбатенко Е.А. 609
Горбатенко И.А. 312
Горбаческая С.Н. 301, 302
Горбунова А.С. 153
Горбунова М.В. 72
Горицына В.Е. 317
Горло А.Е. 204
Городечкая Е.В. 154
Горохова Е.В. 524
Горшкова О.Н. 483
Горьков А.И.
Грачев А.В. 377
Грачева А.И. 330
Гребенкина И.А. 91
Гречишкина О.А. 155
Гречкина Е.Р. 220, 221, 222
Гривенко А.А. 156
Григориади Н.Е. 157,158,159,160,161,291, 292
Григоричева Е.А. 161,163
Григорьева Д.А. 162
Григорьева Е.В. 258
Григорьева Н.Ю. 253
Гринева Е.Н. 288
Гринштейн И.Ю. 164
Гринштейн Ю.И. 53, 164, 293
Гриценко О.В. 165
Гришкин Ю.Н. 260
Громнацкая Н.Н. 165
Громнацкий Н.И. 165
Громова Е.А. 147, 148
Гросу А.А. 171
Грудцына И.В. 410
Груздева О.В. 166, 352
Грушина Т.И. 167
Губадова Л.В. 92
Губанова М.В. 168
Губарева И.В. 301
Губин Д.Г. 130, 598
Губкина В.А. 379
Губская П.М. 89, 127,128,168,254,317, 447,471,472
Гудков И.А. 242
Гудухин А.А. 286
Гультяева Е.П. 310
Гуля М.О. 169, 568
Гуляева Л.Ф. 612
Гундерина К.И. 439
Гунченко Н.Д. 410
Гуревич В.С. 378, 379
Гусакова А.М. 170
Гусаковская Л.И. 170, 491
Гусейнов Г.Т. 544
Гусейнова А.А. 549
Гусейнова К.Г. 228
Гусейнова Р.К. 51, 65, 69,171,246,305,350,417

Д

Давид Л.А. 171
Давидович И.М. 172,173
Даводов Е.Л. 174
Давыденко В.В. 179
Давыдов Е.Л. 45, 319, 558
Дадабаева Н.А. 582
Данилова Н.В. 483
Даниэльс Е.В. 149, 362
Дармаева И.П. 175,176
Даушева А.Х. 177
Дацюк И.В. 592
Дворниченко В.В. 107
Деврижбекова З.М. 560
Девятова Л.С. 91
Деев А.Д. 76, 149
Демдоуми Н.Ю. 177
Дементьева И.И. 384, 385
Дементьева Н.В. 178
Демина Е.П. 179,378, 379
Демкина А.И. 593
Демочко Е.А. 179
Денискина Л.В. 603
Денисова Д.В. 206
Дергунова Е.Н. 327
Деришева Д.А. 612
Дерновой Б.Ф. 180
Джумаева М.Дж. 181, 407, 408
Дземешкевич С.Л. 94, 463, 592
Дзускаева З.О. 182
Дмитриева Н.А. 362
Дмитриева О.А. 68
Добрынина Н.В. 91, 252
Довгалевский П.Я. 183
Довгалевский Я.П. 49, 420, 451
Довгалюк Ю.В. 184
Долгушев Д.А. 49
Долотовская П.В. 49, 451
Доля Е.М. 332
Донников А.Е. 94, 95, 395, 396, 398
Донченко И.А. 406
Доренская О.В. 284
Дорофеев В.И. 184
Дорофеева Г.Б. 184
Достовалова О.В. 395
Драгомирецкая Н.А. 184,185
Древаль А.В. 379
Дробот Е.В. 186,187
Дроздецкий С.И. 188
Дроздова Л.Ю. 362
Дружилов М.А. 188
Дубовая А.В. 189,190,388, 389, 390
Дубровская О.Б. 236
Дубровская Э.Н. 476
Дудорова Е.А. 381
Дулькин Л.А. 332
Дупляков Д.В. 38
Дурова О.А. 449
Душина А.Г. 191
Дуюова Е.В. 421
Дюжиков А.А. 288,335
Дюрягина Е.Л. 476, 562
Дячук Л.И. 580

Е

Евдокимов В.В. 161
Евдокимова Е.С. 88
Евсеев М.Е. 127, 203
Евсеньева М.Е. 191,192
Евсина О.В. 193,552, 553
Евтушенко С.К. 254
Егорова Л.А. 68

Егорова М.В. 298
Ежов А.В. 350
Ежов М.В. 68, 547
Елгина Л.П. 177
Елисеева Л.Н. 509
Ельчанинов Д.В. 193
Еналдиева Р.В. 182
Еникеева А.Р. 213
Енина Т.Н. 310,590
Еремина Н.П. 194,195
Ерина А.М. 113,381
Ермакова Е.А. 194,195
Ермолаев Е.Н. 61,207
Ермолов С.Ю. 359
Еругина М.В. 271
Ершова Н.В. 343
Есин А.П. 482
Ефимова Е.В. 196
Ефимова И.Ю. 196, 341,568,
Ефимова О.И. 197
Ефремов А.В. 91, 596
Ефремов Е.А. 63
Ефремов Е.В. 78, 198
Ефремушкин Г.Г. 198, 342, 552, 573
Ефремушкина А.А. 199
Ещенко Е.В. 125

Ж

Жакыпова З.Р. 200
Жамалов Л.М. 61, 207
Жарикова Т.С. 376
Жгут О.Г. 432
Ждамарова О.И. 509
Жданкина Н.В. 201
Железняк М.Е. 161
Железнякова Н.А. 147, 283, 509
Желтова И.Н. 201
Жидович Д.М. 202
Жидулева Е.В. 236
Жилина А.А. 450
Жмайлова С.В. 89, 127,128,203,254,447,471,472
Журавлева А.Н. 497
Журавлева О.А. 295
Журавская Н.Ю. 362
Жухоров Л.С. 203

З

Заболотских Т.Б. 204, 502
Завадский К.В. 169, 205
Завьялова Л.Г. 206
Загидуллин Н.Ш. 145
Загородных Е.Ю. 41
Задионченко В.С. 354
Зайденов В.А. 94, 95, 396
Зайцев Д.Н. 206
Зайцева И.В. 527
Зайцева Т.И. 445
Закирова А.Н. 61,207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215,216
Закирова К.Н. 582
Закирова Н.Э. 207, 208, 209,210, 212, 214, 215
Заклязьминская Е.В. 395, 463, 475, 592
Зальцман А.Г. 61
Замиралов К.А. 177
Зарипов Б.И. 217
Зафираки В.К. 217
Захарова Е.Г. 413, 424, 551,
Захарова Е.Х. 298
Захидова К.Х. 218
Звенцова В.К. 387
Зверев Д.А. 162
Зверева Л.В. 47
Зверхановская Т.Н. 463, 475
Зволинская Е.Ю. 219
Звягин А.В. 270
Зелвеян П.А. 360
Земсков И.А. 220
Земцовский Э.В. 217, 353,421
Зернова С.А. 446
Зернюкова Е.А. 220, 221, 222
Зинкович М.И. 126
Зиновьева Н.А. 223
Зиновьева О.В. 37, 448, 449
Злобина М.В. 223, 463
Зорина Л.С. 224
Зубеева Н.Г. 516
Зуева Е.В. 122
Зулькарнеев Р.Х. 145
Зырянов И.П. 310
Зюляева Т.П. 225

И

Ибатов А.Д. 226
Ибетова Л.Р. 120
Ибрагимов Ф.А. 307, 308
Ибрагимов Ф.Ш. 228
Ибрагимова М.Г. 227
Ибрагимова М.И. 136
Иваненко В.В. 228, 229, 381
Иваненков А.В. 269, 270
Иванова М.В. 206, 230, 261
Иванова О.Ф. 330, 331
Иванченко С.В. 231
Ивахненко И.В. 231
Ивахненко О.А. 301
Ивлиева Е.Н. 232
Иевская Е.В. 233, 234
Измайлова Э.Т. 386
Ильина Е.В. 414
Ильиных Е.И. 234
Ильченко М.Ю. 330
Имаева А.Э. 235
Иноземцева С.Ю. 440
Ипатова И.Ю. 121
Иртюга О.Б. 236, 417
Исаева А.М. 384
Исаева Е.А. 552, 553
Исаева Е.Н. 80, 280, 342
Искендеров Б.Г. 115,116,236, 237, 440,485
Исламова У.А. 33, 238, 349
Исмагилова Э.Ф. 216
Исрафилбекова Ф.Р. 84
Ицкова Е.А. 303, 304, 332,345
Ишмурзин Г.П. 239, 240

К

Кавешников В.С. 493
Кадиева А.С. 531
Кадыкова А.В. 116, 482, 570
Казаков Р.Е. 377
Казанбиев 304
Казанбиев Н.К. 65, 602
Казачек Я.В. 74
Казерацкая Е.Б. 240
Казиева З.А. 215
Казначеева Е.И. 374
Казызаева А.С. 241
Какорин С.В. 242, 243, 244, 245
Калинина Л.П. 78
Калинина С.Г. 245
Калинкина А.А. 242
Калинкина Н.В. 125, 127
Каллаева А.И. 65, 171, 246, 247, 417
Калугина О.Ю. 247, 248
Калюжина М.В. 215
Каменев В.Ф. 249
Камилова У.К. 35, 48,249,250,456,457
Камленок К.В. 587
Камович В.И. 252
Камович Т.Е. 91
Канорский С.Г. 251, 252
Канунникова И.П. 325
каньязова Л.А. 482
Капитонова А.В. 252
Капланов Т.И. 547, 548
Капустин А.В. 76
Капустина М.В. 253
Караева Е.В. 284
Кардашевская Л.И. 254
Карев В.Е. 254, 447, 472,
Карев Е.А. 283

Каримов У.Б. 255, 256
Каримова Б.Ш. 559
Карнышева С.И. 410
Карпенко М.А. 92
Карпов Р.С. 111,112,113, 122,196, 275, 295, 458, 462, 463, 512
Карпова Н.В. 257
Карпова И.С. 78, 256, 370, 510
Карпова О.Г. 258
Карпова Т.Р. 463
Карпова Э.С. 348, 349
Карпунина Н.С. 259
Касимова М.С. 534
Кастригина Г.Н. 38
Катамадзе Н.О. 260
Качалкова О.Н. 562
Качковский М.А. 470
Кашапова Т.А. 224
Кашталап В.В. 260, 587
Каштанова Е.В. 261, 262
Каштанова Е.В. 435
Каюмов Р.Х. 40
Каюмова М.М. 42, 262
Керцман Я.И. 598
Кетинг Е.В. 563
Килесса В.В. 263
Кильмаматова В.В. 216
Ким А.В. 33
Ким Г.И. 353
Кипаренко Ю.О. 606
Киргизова М.А. 478
Кириченко Н.А. 470
Киселева Е.В. 302
Киселева Е.Ю. 193
Кистенева И.В. 341
Китаева Е.А. 264
Киякбаев Г.К. 579, 580
Клесарева Е.А. 68
Клименко Н.И. 264
Клименко Н.Н. 264
Климкин П.Ф. 583
Климова Н.А. 71, 136
Климова Т.В. 373
Клокова Е.С. 92
Клочков В.А. 183
Кмито Н.Л. 177
Князева Г.П. 377
Князева С.В. 392
Князюк О.О. 265
Кобалава Ж.Д. 175,176, 544, 579, 580
Ковалев А.В. 53, 293
Ковалев Д.В. 267
Ковалев Д.Ю. 151
Ковалев И.А. 343
Ковалев С.А. 268, 269, 270
Ковалев С.П. 325
Ковалева О.Н. 266, 518
Ковалевская Е.А. 340
Коваленко Е.В. 271, 421
Коваль А.П. 190
Коваль С.Н. 272
Ковальчук Е.Ю. 273
Ковш Е.В. 419
Ковыршина Е.Е. 72
Коган Е.А. 94, 95
Коган Е.А. 395, 396
Кожокарь К.Г. 274
Кожуховская О.Л. 151
Козикин В.Н. 474
Козленок А.В. 334, 486
Козлов И.Д. 510
Козлов П.С. 283
Козлов С.Г. 235
Козлова С.Н. 486
Коклихина Е.А. 71
Коков А.Н. 357
Колар Ф. 391
Колбасников С.В. 371
Колесников В.С. 124
Колесникова Е.В. 274
Колесникова И.Ю. 231
Колесова Е.П. 113, 381, 413
Кологрилова И.В. 275
Колодяжная О.И. 276
Коломиец В.В. 276
Коломыцева И.С. 260
Колунин Г.В. 310, 562
Колычева О.В. 562
Комаров И.И. 284
Комелов В.Н. 233, 234
Комиссарова И.М. 106
Комиссарова И.Н. 416, 452, 453
Комиссарова С.М. 278, 279
Кондаков В.Д. 280
Кондратьева О.В. 116
Кондрашова В.Г. 281, 282
Конобеева Е.В. 147, 283, 509
Конобеевская И.Н. 196
Конопко Н.Н. 108, 388, 389
Конради А.О. 113, 228, 229, 288, 381, 413, 486
Конратенко В.Ю. 280
Константинов В.В. 76
Константинов И.М. 283
Концевая А.В. 517
Коньшина Л.Е. 147, 283, 509,
Конюхова И.В. 516
Копылова Л.Н. 129
Копылова Ю.М. 603
Коричкина Л.Н. 284
Корнева В.А. 285
Корнеева В.А. 188
Корниенко А.А. 288
Корнилов Л.Я. 286
Коробко И.Ю. 419
Королева Т.В. 253
Королюк О.Я. 287
Коростовцева Л.С. 288
Коростовцева Л.С. 486
Коротченко Е.В. 505
Корсун Н.А. 307, 308
Коршунов В.В. 288, 289
Коршунова А.Л. 353
Корягина Н.А. 157,158,159, 290, 291, 292, 293, 425
Косивцова М.А. 512
Косинова А.А. 293
Косицына Г.В. 414, 445
Космачев Е.Д. 217
Костенко В.А. 294, 335
Костогрыз В.Б. 537
Котельников А.Е. 270
Котельникова Е.В. 347, 349
Котляров С.Н. 295
Кохонова Е.П. 448, 449
Коцюруба А.В. 515
Кочарян А.С. 335
Коченюк О.А. 397
Кошельская О.А. 275
Кошельская О.А. 295
Кошлатая О.В. 256, 510
Кравченко А.Я. 296
Кравченко С.О. 288
Кравченко А.В. 125
Кравченко А.Я. 444
Кравченко И.Н. 127
Крайнова И.Н. 297
Красильникова Ю.А. 477
Краснова Ю.Н. 333
Красняк С.С. 63
Красюкова Е.А. 268
Крахмаль Н.В. 298
Краюшкин С.И. 231
Крестинин А.В. 122
Кретов Е.И. 415
Кривощеков Е.В. 343
Кривцова Н.В. 64,65
Кривчун А.С. 435
Криночкин Д.В. 298, 310, 311, 312, 372, 476, 608, 609, 610
Крохина Е.Ю. 137
Круглов В.Н. 299
Крупнова Э.В. 278
Крылов А.Л. 300, 462, 549
Крылов В.В. 301
Крылова Н.С. 300

Крюков Н.Н. 301, 302, 468, 527
Крюкова М.Л. 301, 302
Крючкова А.Н. 345
Крючкова О.Н. 303, 304, 332, 536
Ксенофонтова Л.В. 38
Кувшинова Л.Е. 49
Кудаев М.Т. 51,65, 69, 171, 304, 305, 350, 368, 369, 417, 602
Куделькина Н.А. 306, 307
Кудина Е.В. 327
Кудинов В.И. 307, 308
Кудрявцева О.В. 274
Кудряшов Е.А. 154
Кудряшов Ю.Ю. 66
Кудряшова М.В. 309
Кузнецов А.И. 269, 270
Кузнецов А.Н. 253, 397
Кузнецов В.А. 41, 42, 139, 298, 310, 311, 312, 345, 372, 476, 504, 590, 608, 609, 610
Кузнецова М.А. 381
Кузнецова Т.В. 197
Кузнецова Т.Ю. 188, 285, 492
Кузьменко Ю.Н. 516
Кузьмин А.Г. 314
Кузьмин В.П. 414
Кузьмина Е.С. 313
Кузьмина Т.М. 470
Куклин С.Г 316, 551
Куклина А.Л. 314, 315
Кулагина И.В. 343
Кулагина Н.П. 64
Кулешов А.В. 317
Кулиев Ф.А. 218
Кулик Н.А. 89, 168, 317, 472
Куликова Т.Г. 318
Кулюцин А.В. 319, 344
Кунцевич А.К. 398
Куприянова А.Г. 94, 95, 395, 396
Курбанов Р.Д. 42
Курбанова И.М. 305
Курбатов В.П. 415
Курзанов А.Н. 267
Курмангулов А.А. 574
Курьянов П.С. 378, 379
Кусаев В.В. 319
Кусливая О.Н. 320,429, 430
Кутергин А.В. 321, 322
Кутишенко Н.П. 149, 362
Кутюрин Г.В. 444
Кухарчик Г.А. 322, 383, 384
Кухарчук В.В. 235, 374
Кучеренко Т.В. 304
Кучин К.В. 188
Кучумов В.С. 323
Кушнаренко Н.Н. 168, 240, 324

Л

Лавриненко А.А. 390
Лавринов П.А. 90
Лазарев К.В. 325
Ларева Н.В. 326, 450
Ларин В.Г. 327
Ларина В.Н. 327
Ларина Ю.В. 328
Ларионова О.А. 550
Лашкуп Д.А. 517
Лебедев Д.А. 162
Лебедев Д.И. 568
Лебедев П.А. 177,330, 331
Лебедева В.Д. 329
Лебедева Е.П. 330, 331
Лебедева Л.В. 38
Лебедева Т.Ю. 594
Лебедь Е.И. 303, 332, 345
Лебедь И.Г. 332
Левашов С.Ю. 465, 514, 587, 610, 611
Левашова О.А. 332
Левина Т.В. 333
Лелявина Т.А. 334
Леонов А.А 335
Леонова Н.В. 336, 451
Леонтьева А.В. 337, 338
Лерман О.В. 362
Лесков С.В. 240
Лешкевич А.С. 37
Лещенко И.Ж. 339
Ли В.В. 354
Либис Р.А. 80, 191, 280, 342, 405
Ливенцева М.М. 419
Липатова Т.Е. 339
Липунова А.С. 359
Липчанская Т.П. 349
Лискова Ю.В. 340
Литвинова Т.А. 341
Литяева Т.Ю. 82
Личикаки В.А. 462, 463
Лишманов Ю.Б. 169 196, 205, 341, 568
Лобанова Н.А. 61, 415
Ломакина Н.А. 342
Лопатин Ю.М. 511
Лопина Е.А. 342
Лория И.Ж. 432, 433
Лосева М.В. 297
Лошакова О.Д. 505
Лугачева Ю.Г. 343
Лузина Е.В. 326
Луканцова О.Б. 428
Лукьяненок П.И. 68
Лукьянов В.Ф. 547
Лукьянов М.М. 362
Лукьянова Е.А. 497
Лукьянова М.А. 144,145
Лукьянова М.В. 344
Лутай Ю.А. 303, 332, 345
Лыкасова Е.А. 345
Лынник Л.В. 556
Лысоченко А.Б. 346, 347
Лысый Д.М. 156
Люберцева Е.И. 506
Лякишев А.А. 374
Лямина Н.П. 347,348, 349
Лясникова Е.А. 604

М

Мавлонов Б.Н. 407
Магомедов А.Д. 349
Магомедов А.З. 65, 69, 171, 304, 305, 350 417, 602
Мадмусаева А.Р. 52
Мадорский А.Ф. 428
Мажара Ю.П. 294
Майлян Д.Э. 277
Майоров Н.В. 179
Майорова С.В. 491
Майшева А.М. 412
Макаренкова К.В. 399
Макаркин А.С. 395
Макарова М.И. 350
Макеев Е.Р. 373
Максимкин Д.А. 351, 597
Максимов В.Н. 147, 206, 467
Максимов Н.И. 412
Максимчук-Колобова Н.С. 75
Малахова О.Ю. 415
Малачилаева Т.М. 305, 531
Малев Э.Г. 353
Малева О.В. 352
Маликов К.Н. 486
Малинина Н.П. 283
Малиничева Ю.В. 354, 483
Малкиман Г.Ш. 514
Малкова М.И. 355, 555
Малых Г.Ф. 142
Малышев Е.В. 356
Малько К.Л. 356
Малюта Е.Б. 134, 357
Малютина С.К. 100,398, 399
Малюткина И.И. 532, 567
Малявин А.Г. 72, 358, 589
Мамалыга М.Л. 358
Мамасалиев Н.С. 255, 256
Мамедова С.И. 409
Мамлеева Н.А. 211, 214
Мамонтова А.С. 352

Манак Н.А. 78, 510
Манасян А.Г. 359
Мандельштам М.Ю. 285
Манохин П.В. 296
Манукян А.В. 193
Маргарян К.Р. 360
Маренин С.Н. 172,173
Мариинских Л.В. 610
Маркина В.В. 474
Марков В.А. 135, 360, 439, 478
Маркова Е.А. 411
Марсальская О.А. 361
Мартыненко Т.В. 554
Мартынова Е.А. 593
Марцевич С.Ю. 149, 362
Марьинских Л.В. 311
Масенко В.Л. 357
Масенко В.П. 235, 318
Масленникова О.М. 362
Маслов Л.Н. 363, 391
Масуев К.А. 136, 531
Матвеева С.А. 364, 365
Матвиенко Е.Е. 365, 366
Матееску К.А. 330, 331
Матросова И.Б. 367
Матус К.М. 367
Матюшин Г.В. 152,194,195
Махмудова Э.Р. 65, 69, 246, 304, 350, 368, 369, 417
Мацкевич С.А. 78, 256, 370, 371, 510
Маянская С.Д. 141, 356, 519
Медведева Е.А. 602
Медведева И.В. 322
Мелентьев И.А. 245
Мельник Я.И. 63
Мельников И.Ю. 161
Мельников Н.Н. 372, 476
Мельникова А.А. 371
Мельникова Е.А. 367
Мельникова Л.В. 155
Мельникова О.П. 279
Мельникова С.Л. 314
Мельниченко О.В. 397
Менг А.А. 107
Мензоров М.В. 373
Меньшикова Е.Г. 323
Мергасова Е.В. 373
Миклишанская С.В. 374
Милованова Е.В. 53, 54, 224, 375
Милюков В.Е. 376
Минакова Н.Э. 268
Мингалеев А.А. 71
Минин С.М. 341, 568
Минушкина Л.О. 179
Мирзаев К.Б. 377
Миролюбова О.А. 45, 377, 566, 605
Мироненко С.П. 415
Мирошникова В.В. 179, 378, 379
Мирошниченко А.И. 415
Мисникова И.В. 379
Митрофанов Н.А. 383, 384
Митрофанова Л.Б. 162, 353, 421
Михайличенко Е.С. 254
Михайлов Е.В. 522
Михайлова А.Н. 120
Михайлова З.Д. 583
Михайловская Т.В. 286
Михеева Н.В. 380
Мишина И.Е. 184, 286, 309
Мишина Н.В. 395
Мищакова Т.Н. 147
Мовчан Л.Н. 522
Могутова П.А. 88
Могучая Е.В. 113, 381, 413
Можаев И.В. 335, 474
Можаев С.В. 474
Можейко М.Е. 477
Мойбенко А.А. 515
Моисеев В.С. 579, 580
Моисеев О.М. 162, 236
Моисеева О.М. 417
Моисеенко Я.С. 381
Молчанов И.В. 382
Моногарова Ю.Ю. 45, 605
Мордовин В.Ф. 67, 68, 458, 462, 463, 549
Мордовина А.Г. 434
Морова Н.А. 381
Морозов Ю.А. 384, 385
Морозова А.М. 383, 384
Морозова О.И. 525
Морозова О.Л. 280
Мохаммади Л.Н. 432, 433
Мочалов П.А. 92
Мощенко Ю.П. 385, 484
Мрочек А.Г. 79,80, 419
Мукашева З.Ж. 386
Муравьева В.Н. 191
Мурадова С.Р. 38, 39
Муранчик Е.Н. 505
Мураталиев Т.М. 387
Мурашко Н.А. 114
Муромцев Г.А. 219
Муромцева Г.А. 76
Муртазалиева П.М. 236
Мусихина Н.А. 178
Муслимова Э.Ф. 388
Мухамедрахимова А.Р. 208, 213, 216
Мухаметова Э.Т. 583
Мухарлямов Ф.Ю. 167
Мухиддинов Х.Х. 408
Мухтаренко С.Ю. 387
Мягмарсунен Т. 447
Мясоедова С.Е. 83,84

Н

Нагибин В.С. 515
Нагорная Н.В. 388, 389, 390
Назарова И.С. 392
Найден Т.В. 390
Найденов Р.А. 415
Накаидзе Л.А. 502
Напалкова О. 92
Нарыжная Н.В. 391
Науменко Е.И. 392, 393, 535
Наумов О.А. 395
Наумова Е.А. 283, 394, 488, 489
Недоруба Е.А. 525
Недоступ А.В. 94, 95, 395, 396
Неженцева Е.Л. 479, 480
Неклюдова Ю.Н. 387
Некрасов А.А. 397
Некрутенко Л.А. 328
Нелипа Е.А. 398
Немцова В.Д. 274
Ненарочнов С.В. 307
Несветов В.В. 123
Нечесова Т.А. 419
Никитин Ю.П. 398, 399, 498
Никифоров В.С. 101, 180, 361
Никифоров С.В. 399
Никифорова Н.В. 544
Никишин А.Г. 34, 402
Никищенкова Ю.В. 399
Николаева И.Е. 207, 208, 211, 213, 214, 216
Николаева Т.О. 59
Никонова В.В. 103
Никонова Е.С. 400
Никулина С.Ю. 532, 567, 593
Нилова С.А. 401
Ничитенко М.С. 307, 308
Ниязова С.С. 278
Новак Э.П. 592
Новгородова К.А. 386
Новожилова Н.В. 492
Новожилова С.В. 286
Новыйдарскова И.Н. 474
Носкова М.В. 592
Носов В.П. 247, 248, 442
Нурбаев Т.А. 34, 402
Нургатина Э.Р. 137
Нурмагомедова Х.Д. 350
Нуртдинова Э.Г. 215

О
Обухова Е.В. 350
Овечкин А.О. 234
Овсянникова М.В. 428
Огуркова О.Н. 402
Огурцова С.Э. 419
Оконечникова Н.С. 403, 404, 429
Округин С.А. 142, 405
Оксеньчук А.Н. 258
Окунева И.Н. 544
Окунова А.А. 387
Олейник А.О. 150
Олейник Е.А. 405
Олейник Л.Н. 474
Олейников В.Э. 139, 319, 344, 406, 491
Олимов Н.Х. 181,407, 408
Омельченко М.Ю. 353
Омельченко Н.В. 409, 410
Онищенко Е.Г. 410
Опалинская И.В. 121, 411
Опенко Т.Г. 498
Ополонская П.Е. 412
Ополонский Д.В. 412
Орлов А.В. 381
Орлов П.С. 206
Орлов Ф.А. 413, 424
Осадчий И.А. 38
Осадчук Е.А. 414
Осиев А.Г. 415
Осипова И.В. 61,62, 280, 346, 347, 415, 416, 452, 453
Ослопов В.Н. 555,575
Османова А.В. 51, 65, 69, 171,246,247, 304, 305, 350, 368, 369, 417, 603
Остапенко В.С. 417
Островская А.М. 215
Остроумова Л.А. 418, 607
Отмахов В.В. 188
Отт А.В. 577

П
Павельева Е.А. 495
Павлищук С.А. 105
Павлов Д.С. 419
Павлова А.А. 308
Павлова А.П. 594
Павлова М.К. 557
Павлова О.С. 419
Павлюкова Е.Н. 402
Паладий Т.А. 122
Пальцев А.И. 531
Панина А.В. 420
Панов Д.О. 148
Панова Е.И. 564
Панова Т.Н. 570
Пантелеева А.А. 378, 379
Папкова Н.В. 252
Парамоненко О.В. 323
Паркина Н.Ю. 505
Парфененкова И.В. 37,448, 449
Парфенова Е.А. 373
Парфенова Н.Н. 421
Пархоменко А.А. 380, 421
Паршин С.А. 108
Паршина С.С. 422, 423
Патрикеева Д.А. 258
Пахомов А.В. 313
Пекарский С.Е. 67, 68, 462, 463, 549
Переделкина А.И. 423, 493
Пережогина О.В. 240
Перминов М.Г. 597
Перова Н.М. 301
Першина Е.С. 272
Пестовская О.Р. 413, 424
Петелина Т.И. 36, 178
Петрищева А.В. 290, 291, 292, 293, 425
Петров В.С. 428
Петров И.М. 321, 571, 572
Петрова В.Б. 426
Петрова В.Д. 422, 547, 548
Петрова Г.Д. 427
Петрова И.В. 474, 535
Петрова И.Р. 467
Петрова Ю.А. 322
Петрова Ю.В. 573
Петрончак Н.В. 551
Петруша А.В. 157
Петрушин И.А. 525
Пиксайкина О.А. 393
Пилат Т.Л. 428
Пильщиков А.В. 123
Пиманкина М.С. 443
Пирназаров М.М. 34, 402
Платицына Н.Г. 404, 429, 430
Плиговка В.Н. 264, 431
Плюснин А.В. 298
Пляшешников М.А. 432
Победённая А.С. 199
Поварова Т.В. 466
Погожева А.В. 428
Подзолков В.И. 114, 184, 185, 432,433
Подлесов А.М. 454, 455
Подпорин А.А. 223
Позднякова Н.В. 434, 525
Позднякова О.А. 410
Покровский С.Н. 68, 547
Полетаева Л.В. 434
Поликутина О.М. 74
Полонская И.И. 542, 543
Полонская Я.В. 261, 262, 435
Полтавцева Р.А. 318
Полунина О.С. 544
Полупанов А.Г. 517
Полякова А.В. 163
Полякова О.М. 81
Полякова С.В. 348
Полянская О.Г. 138
Помогайбо Б.В. 436
Пономарев А.И. 267
Пономарев С.В. 605
Попов Л.А. 219
Попов С.В. 196, 223, 462, 463, 478
Попова А.А. 91
Попова С.В. 341
Попова Ю.Ю. 297
Попонина Т.М. 437, 438, 439,485
Попонина Ю.С. 437, 439, 478
Попылькова О.В. 440
Породенко Н.В. 440, 441
Порханов В.А. 87
Постников А.В. 585, 586
Потапова К.В. 442
Потешкина Н.Г. 88, 300
Потиевская В.И. 382
Починка И.Г. 443
Пошинов Ф.А. 130, 598
Праскурничая Н.А. 443
Праскурничий Е.А. 443
Привезенцева А.С. 495
Приколота О.А. 74
Приходько В.В. 82
Провоторов В.М. 444, 445
Прожога М.Г. 445
Прокудина М.Н. 283
Протасов К.В. 107,110,446, 447,550, 551
Прохоров А.А. 66
Прошина Л.Г. 254, 447
Прудько Е.Л. 213, 216
Пулатов О.Я. 250
Пурыгина М.А. 37,448, 449
Пустоветова М.Г. 91, 596
Пустотина З.М. 449, 450
Пучиньян Н.Ф. 420, 451
Пушкарев Г.С. 298,311, 312,608, 609, 610
Пушкарева С.В. 451
Пшеничная Е.В. 388
Пырикова Н.В. 61,415, 416,452, 453
Пьянков В.А. 453
Пятериченко И.А. 454, 455

Пятценков М.О. 538

Р
Рагино Ю.И. 206, 261, 526
Радаева И.Ю. 183
Радзевич А.Э. 64
Радионов В.В. 152
Разборова И.Б. 349
Рак Л.И. 104, 455
Раскина Т.А. 357
Расулова З.Д. 456, 457
Ратанова Е.А. 157,158,159,160,161
Ратникова Л.В. 527
Рахматуллина Ю.А. 144,145
Рахмонов Х.Э. 181, 408
Рацина Е.В. 458
Ребров А.П. 138, 258, 314, 315, 459, 539, 540, 541
Реброва Н.В. 458
Реброва Т.Ю. 388
Ревуцкая Е.А. 339
Реева С.В. 353
Резник Е.В. 460
Резник Л.А. 272
Резникова Е.А. 110, 461,522, 523
Резниченко Т.А. 362
Репин А.Н. 388
Реут Ю.С. 129
Рипп Е.Г. 458, 462
Рипп Т.М. 458,462, 463, 549
Рогачева Т.А. 276, 277
Роговская Ю.В. 298
Рогожина Ю.А. 463, 475
Родионова Л.В. 464
Родичева О.А. 465
Розин А.И. 144,145
Романова Е.В. 37,448, 449
Романова Е.Н. 465
Романова Н.А. 466
Романова Н.В. 336
Романова Т.А. 467
Романовская Е.М. 319
Романчук Н.П. 468, 469
Романчук П.И. 468, 469
Ромасенко О.В. 81
Ромашов Б.Б. 445, 469
Ротарь О.П. 113, 381, 413
Рубан А.П. 525
Рубаненко А.О. 471
Рубаненко О.А. 470
Рубанова М.П. 89,127,128, 203, 254, 317, 447, 471, 472
Рудаков М.М. 236
Рудакова Д.М. 199
Рудакова О.М. 473
Рузанов И.С. 150
Румбешт В.В. 335, 474
Румянцев Е.Е. 254, 447, 471
Румянцева В.А. 463, 475
Рыжков Е.В. 419
Рыжман Н.Н. 49, 50
Рычков А.Ю. 476, 562, 590
Рычков А.Ю. 590
Рябихин Е.А. 477
Рябов В.В. 400, 478

С
Сабурова О.С. 235
Савво И.Д. 478
Савинова Е.Б. 479, 480
Савкина Н.П. 428
Савченко А.А. 164, 293
Савченко Е.А. 164
Сагатов И.Е. 481
Сагач В.Ф. 515
Садыгова Т.А. 39
Садыкова А.Р. 481, 482,584, 585
Сазонова Ю.В. 486
Сайфутдинова Т.В. 136
Саламатина Л.В. 53, 54, 224, 274, 375, 398, 409, 592
Салашенко А.О. 102
Саликова С.П. 340
Самко А.Н. 512
Самоделкина Д.Л. 116, 482
Самойлова Е.П. 310
Самойлова О.В. 74
Саморукова Е.И. 354, 483
Самошкина Е.С. 392
Самсонов Е.Н. 596
Самсонова И.В. 119,12
Сапотницкий А.В. 385, 484
Сапун А.Н. 260
Саркизова О.Л. 458
Саушкина С.В. 485
Саушкина Ю.В. 341, 568
Сафаргалина-Корнилова Н.А. 266
Сафаров М.А. 487
Сафронов И.Д. 596
Сватков М.Ю. 446
Свербеева М.Г. 438, 485
Свердлова Б.И. 38
Свинцова Г.А. 544
Свиряев Ю.В. 288, 486
Севрук Т.В. 279
Седов В.В. 443
Седов В.П. 396
Сеидбеков О.С. 487
Селезнев С.В. 78
Селезнева Е.В. 300
Селиверстова Д.В. 193
Селина Т.М. 469
Селов В.П. 94
Семенихина Е.Н. 515
Семенкова Г.Г. 365
Семенов А.А. 108
Семенов А.П. 288
Семенова А.Н. 487
Семенова Е.А. 444
Семенова О.Н. 394, 488, 489
Семиголовский Н.Ю. 489, 490
Семке Г.В. 67, 68
Сенчихин В.Н. 348, 349
Септ А.В. 314
Сергацкая Н.В. 491
Сергеев Т.В. 528
Сергеева А.С. 593
Сергеева В.А. 491, 606
Сергеева Л.А. 450
Сергеева О.В. 192
Сергеева С.С. 492
Сергеева Т.Ю. 260
Сергиенко И.В. 151
Сергиенко Т.Н. 388
Сердюк О.И. 423, 493
Сердюков С.В. 233, 234, 359, 479, 480
Серебрякова В.Н. 493, 494
Середа Н.Н. 107
Середа Т.В. 337, 338
Серов В.А. 495
Серова Д.В. 198, 495
Сидоренкова Н.Б. 432, 497
Сидорова О.Н. 505
Сизов А.В. 454, 455
Симагаева Н.Н. 506
Симоненко В.Б. 554
Симонова Г.И. 100, 398, 498
Симонян В.А. 254
Синкин М.В. 354
Синьков А.В. 499
Синькова Г.М. 499
Сиратенко А.А. 307
Сиротенко Д.В. 204, 502
Сироткина О.С. 378, 379
Сисина О.Н. 115,116, 236, 237
Ситдикова Р.Н. 71
Ситкова Е.С. 67, 68, 462, 463
Ситникова М.Ю. 334, 604
Скалецкий К.В. 217
Скибицкая С.В. 500, 501
Скибицкий А.В. 204
Скибицкий В.В. 146, 154, 267, 441, 500, 501, 502, 508, 569
Склянная Е.В. 502
Скоркина 469

Скородумова Е.А. 294
Скрутинская Н.А. 515
Скрутинский Р.Б. 515
Скуратович Л.Л. 371
Слатова Л.Н. 503
Слепынина Ю.С. 74
Смазнов В.Ю. 504
Смазнова О.В. 503
Смирнова Д.А. 76
Смирнова Е.А. 505
Смирнова И.Н. 395, 506
Смирнова О.И. 193
Смирнова Т.А. 192
Снигирева Е.А. 142, 405
Соболева О.О. 386
Согияйнен Ю.М. 507
Сокаева З.Т. 508
Соколов А.А. 223
Соколов И.М. 147, 509
Соколова Г.Г. 241
Соколова Л.А. 233, 234, 479, 480
Соколова Л.Ю. 78
Соколова Н.А. 458
Солдатенко Н.В. 509
Солдатова А.М. 590
Соловей С.П. 78, 256, 370, 510
Соловьева К.В. 525
Соломатина Е.Б. 134
Сорока В.В. 273
Сотникова С.Ю. 85
Спицина Т.Ю. 511
Спицына М.Ю. 138
Срожидинова Н.З. 34, 559
Ставенчук Т.В. 217
Старостин И.В. 512
Старченко Т.Г. 272
Стахнева Е.М. 262
Стаценко М.Е. 276, 434, 512, 519, 520, 583, 595
Степаненко А.Б. 200
Степанова О.В. 318
Стовба Е.С. 513
Сторожаков Г.И. 460
Стрельникова О.А. 422, 423
Стрельцов Н.Н. 122
Стригун В.В. 514
Стрюк Р.И. 151
Субботина М.А. 245
Суворов А.В. 516
Суворов А.Ю. 362
Суворова Е.И. 517
Сузов В.К. 454, 455
Сукманова И.А. 201
Сулейманова А.П. 559
Суликов В.А. 95
Сулимов В.А. 117,118, 395
Султанова М.Дж. 40
Суслова Т.Е. 170, 275, 400, 402, 535
Сутурина М.О. 465
Сухенко И.А. 128, 168
Сухих Г.Т. 318
Суховольский В.Г. 53, 293
Сушкова И.Э. 554
Сущук Е.А. 231
Сыволап В.Д. 517
Сыромятникова Л.И. 599
Сысоев К. 113
Сытина И.В. 518
Сычев Д.А. 377

Т

Табакьян Е.А. 588
Тавкаева Д.Р. 519
Тавровская Т.В. 346, 347
Талагаев С.В. 519, 520
Талицкий К.А. 512
Таминова И.Ф. 521
Танасичук В.С. 73
Танцырева И.В. 522
Тарабукина Л.В. 467
Тарасов А.А. 110, 461, 522, 523
Таратухин Е.О. 581
Тарзиманова А.И. 432, 433
Тарловская Е.И. 75
Татаринова В.В. 524
Татарченко И.П. 434, 525
Таютина Т.В. 525
Темирова Л.В. 207
Темирсултанова Т.Х. 511
Тепляков А.Т. 91, 596
Терентьев В.П. 288, 289
Терентьева Н.В. 497
Тимофеев А.В. 346, 347
Тимофеев Е.В. 217, 353
Тимофеев Н.А. 116, 236
Тимофеева Т.Н. 76
Тимошенко Н.А. 526
Титова А.М. 550
Титова Ю.Ф. 527
Тихонова Д.В. 243, 244
Тишина А.М. 528
Ткалич М.Э. 161
Ткачев Г.А. 318
Тодосийчук В.В. 345
Токмакова Р.П. 151
Толкачев П.И. 528
Толмачева С.Р. 529
Тонких Н.А. 388, 389, 530
Торгашов М.Н. 531
Торим Ю.Ю. 596
Торшина И.А. 572
Тотушев М.У. 531
Трегубов В.Г. 253
Третьяков С.В. 533
Третьякова Н.В. 129
Третьякова С.С. 532, 567
Тригулова Р.Х. 70, 534
Трошин С.В. 306
Трошина И.А. 573
Трубачева И.А. 493
Трубачева О.А. 535
Трубникова О.А. 352, 608
Трукшина М.А. 604
Трунов В.Г. 219
Туаева Е.М. 76
Туев А.В. 259, 264, 290, 291, 292, 328, 599
Туктарова Ф.С. 211
Тумаева Т.С. 393, 535
Туркина С.В. 434, 512
Турна Э.Ю. 303, 536
Туров А.Н. 605
Туровская Т.В. 537
Турсунов Х.Х. 255, 256
Тыренко В.В. 538
Тюкалова Л.И. 144,145
Тюрина И.А. 38
Тяпкина М.А. 539, 540, 541

У

Угнич К.А. 541
Удальцов Б.Б. 542, 543
Удельнова Н.В. 567
Уйманова М.Ю. 301
Уклистая Т.А. 544
Уколова Н.В. 199
Ульянова М.И. 445, 469
Умникова М.В. 544
Уразгильдеева С.А. 378, 379
Урванцева И.А. 53, 54, 224, 274, 375, 398, 545, 546
Урванцева И.А. 592
Усов В.Ю. 67
Устинова И.Б. 279
Усубова Ф.Н. 84
Уткина Е.А. 547
Ушаков В.Ю. 466, 548
Ушакова Т.М. 547, 548

Ф

Фадеева С.С. 170
Файрузова А.М. 215
Фальковская А.Ю. 549
Фараджева Н.А. 549
Фаткуллина Е.З. 208,210,212
Фаткуллина З.С. 211, 214
Фахретдинова Д.И. 209

Фахретдинова Е.Р. 208, 209, 211, 213, 214,215, 216
Федерякина О.Б. 594
Федоришина О.В. 446, 550, 551
Федорищев И.Н. 268, 270
Федоров А.Н. 294
Федорова Е.А. 215
Федорова С.И. 379
Федюнина В.А. 81
Фендрикова А.В. 146, 500, 501, 502, 508, 569
Феоктистова Т.Н. 474
Ференец М.Л. 398
Филимон С.С. 156
Филиппова Т.В. 198, 552, 573
Филлипова О.А. 215
Филоненко И.В. 164
Филюшкина В.Ю. 135
Фирсакова В.Ю. 362
Фищенков В.И. 325
Фокина А.В. 149, 362
Фомина В.А. 552, 553
Фомина Н.А. 552, 553, 567
Фомина О.А. 78
Фомичева Н.П. 307, 308
Фролов В.М. 554
Фролова Ю.В. 94, 592
Фурман Н.В. 49, 420, 451

Х

Хазова Е.В. 355, 555
Хайло Н.В. 556
Хайретдинова Т.Б. 557
Хаишева Л.А. 560, 561, 562
Халикова Н.А. 309
Халикова Э.М. 209
Халиллулин Т.Ю. 423
Халилулин Т.А. 493
Халматов А.Н. 517
Халтурина И.Г. 552
Хамедова М.Ш. 493
Хамидулина Т.С. 198
Хамидуллаева Г.А. 34, 559
Хамидуллина Р.М. 208, 214, 215
Харац В.Е. 476, 562
Харлова А.Г. 198
Харьков Е.И. 558
Хасанов М.С. 34, 402
Хасанов Н.Р. 575
Хасанова С.И. 421
Хафизова Л.Ш. 34, 559
Хафизова М.М. 71
Хашимов Ш.У. 70
Хлынова О.В. 264, 599
Ховаева Я.Б. 82
Хожибоев А.М. 559
Холопов Л.С. 72
Хомякова Н.Г. 215
Хоролец Е.В. 560, 561, 562
Хорькова Н.Ю. 476, 562
Хотченков М.В. 101
Хохлунов С.М. 299, 445
Хошимов Ш.У. 534
Христиченко М.А. 563
Хрулева Т.Г. 458
Хрусталев О.А. 131,132
Хузина А.К. 214
Хышова Н.А. 92

Ц

Цай Н.В. 92
Царегородцев Д.А. 117,118
Цибульников С.Ю. 363, 564
Цой У.А. 288
Цымбал С.Ю. 526
Цыпленкова Н.С. 564

Ч

Чакова Н.Н. 278
Чалык Н.Е. 183
Чаплина И.П. 466
Чарная М.А. 384, 385
Чарчян Э.Р. 200, 463, 475
Чевычелов С.С. 565
Чепцова С.А. 458
Червякова Ю.Б. 249
Черепанова В.В. 566
Черкашина А.Л. 567
Чернов В.И. 196, 568
Чернова А.А. 532, 567
Черных В.Е. 569
Чернышева Е.Н. 570
Чернявский А.М. 526
Черняк А.С. 184
Черняк А.Я. 571
Черняк С.В. 419
Чеснокова Л.В. 572, 573
Честнова Ю.А. 552, 573
Чирова О.В. 80
Чистилина А.Н. 574
Чистякова М.В. 601
Чичановская Л.В. 284
Чуба А.В. 145
Чугунова Д.Н. 575
Чугунова Ю.В. 576
Чудинов Г.В. 288, 289
Чудинова Л.Н. 599
Чумакова Г.А. 129, 165, 336, 373, 451, 576, 577

Ш

Шабанова Л.В. 578
Шабанова О.А. 578
Шабельникова О.Ю. 107
Шаваров А.А. 579, 580
Шаварова Е.К. 175,176
Шайдюк О.Ю. 581
Шакирова Н.Ш. 34, 559
Шакирова Р.М. 581
Шалаева А.В. 582
Шалаева Е.В. 582
Шалаева С.С. 583
Шаленкова М.А. 583
Шальнова С.А. 76
Шамкина А.Р. 481, 482, 584, 585
Шамурова Ю.Ю. 522
Шамханьянц В.Д. 335
Шамьянов И.Д. 70, 534
Шапошникова Ю.Н. 264, 431
Шарафеев А.З. 585, 586
Шарипова Г.М. 63
Шаркова И.В. 587
Шарлаева Е.А. 241
Шаталов С.Ю. 269, 270
Шатилов А.П. 81
Шафранская К.С. 587
Шахгусейнов С.Г. 228
Шашенков И.В. 589
Шашенкова Т.Н. 588
Шварц Ю.Г. 283
Шварцман А.Л. 179
Шварцман А.Лю 378, 379
Шебеко П.В. 310, 590
Шебзухова Е.Х. 382
Шевелев В.И. 251
Шевелек А.Н. 125
Шевченко А.О. 423, 493
Шевченко И.А. 591
Шевченко О.П. 423, 493
Шевченко С.В. 495
Шек А.Б. 52, 70
Шелехов А.В. 107
Шепилова И.Б. 53, 54, 592
Шестак А.Г. 592
Шестерня П.А. 593, 594
Шибаев А.Н. 594
Шибанова И.А. 260
Шилина Н.Н. 595
Шилов С.Н. 91, 596
Шиляева Н.В. 503
Шим Н.Н. 410
Шимкевич А.М. 597
Шитиков И.В. 150
Шкляр Е.В. 466
Школьник Е.Л. 123
Шлойдо Е.В. 454, 455
Шлык С.В. 560, 561, 562
Шляхто Е.В. 113, 334, 381, 413, 486

Шмелева Г.А. 215
Шмелькова Е.Ю. 495
Шоломов И.Ф. 571
Шор Т.Н. 309
Шугушев З.Х. 351, 597
Шульман В.А. 593
Шумай Д.В. 361
Шульц А.А. 109
Шуркевич Н.П. 130, 598
Шутов А.М. 198, 373, 495

Щ
Щеглова Л.В. 202
Щедова Е.А. 137
Щекотов В.В. 599, 600
Щербакова Л.В. 399, 526
Щербакова Н.В. 551
Щербакова Н.Ф. 330
Щербакова О.А. 601
Щербатых К.С. 268
Щкольник Л.Д. 123
Щукин Ю.В. 471, 503, 602
Щукина Е.В. 72,73,74
Щульман В.А. 152
Щур А.В. 145

Э
Эвартау Н.Э. 288
Эзиляева М.Р. 51, 65, 69, 350, 417, 602
Эйсфельд Е.К. 550
Элтаназаров М.Д. 181, 407
Энгибарова О.В. 380
Эрлих А.Д. 242, 243, 244, 245, 255, 256
Эфендиева Л.Г. 38

Ю
Юдин Н.С. 147
Юдина В.А. 92
Юневич Д.С. 603
Юневич Е.А. 603
Юнуова Д.Ш. 449
Юнусов И.Ш. 449
Юнусова Е.Ю. 437
Юркина Ю.А. 345
Юркова К.Н. 109
Юрченко А.В. 604
Юсупов А.Х. 412

Я
Яковлев А.В. 605
Яковлева А.С. 377 ,605
Яковлева Е.В. 491, 606
Яковлева Н.Ф. 91, 605
Якуббеков Н.Т. 34, 402
Якушин С.С. 428
Янулевич О.С. 343
Янченко А.Л. 474
Ярков И.В. 418, 607
Ярковская А.П. 608
Ярославская Е.И. 298, 311, 312, 608, 609, 610
Яруллина А.Р. 215
Ярцева И.А. 476
Ярышева В.Б. 610, 611
Ястребов Г.Н. 203
Яхонтов Д.А. 612

A
Agca F.V. 615
Arslan B. 615

B
Bagherli A. 614
Bekler A. 615
Bourgoun M.K. 617

C
Cagin C. 620, 621
Castilla G.A. 622

D
Demir S. 615

F
Feldman E. 616, 618, 620
Feldman M. 616, 618, 620

G
Gabinskaya I. 616, 618, 620
Gabinskaya L. 616, 618, 620
Gabinskiy R. 616, 618, 620
Gabinskiy V. 616, 618, 620
Gimaev R.H. 616
Glava D. 618
Gorinshteyn B. 616, 618, 620

K
Khadem A. 614
Krestjyaninov M.V. 616
Kushnir I. 616, 618, 620
Kutyifa V. 617

L
Li Q. 619
Lypovetska S.Y. 619

M
Ma H.J. 619
Martinez L.M. 622
Moss A.J.цц 617

N
Novak K. 618

O
Ozluk O.A. 615

P
Pareed S. 613
Pfeffer M.A. 617

R
Ramsey H. 620, 621
Razin V.A. 616
Rodr guez M.D.L.A. 622
Ruzov V.I. 616

S
Sharma U. 620, 621
Solomon S.D. 617
Soman S.O. 613

T
Tak T. 620, 621
Tenekecioglu E. 615

V
Vargas A.M. 622
Vargas N. 622
Vijayaraghavan G. 613
von Peters W. 616, 618, 620

W
Whitney H. 620, 621

Y
Yılmaz M. 615

Z
Zhang Y. 619
Zhang Y. 622
Zhou Z.-N. 622

Генеральные партнеры

AstraZeneca

Bayer HealthCare

Гедеон Рихтер

KRKA

MSD

Pfizer

Фармстандарт

SANOFI

SERVIER

Takeda

Организационный комитет конгресса не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
Опубликованные тезисы не редактировались и не рецензировались.